Utjecaj sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i trajanje dojenja majki u Zadarskoj županiji

Markulin, Stivena

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:856959

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Image not found or type unknown

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

Image not found or type unknown

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Diplomski sveučilišni studij sestrinstva

Stivena Mrkulin

Utjecaj sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i trajanje dojenja majki u zadarskoj županiji

Diplomski rad

Zadar, listopad 2018.

SVEUČILIŠTE U ZADRU

ODJEL ZA ZDRAVSTVENE STUDIJE

STIVENA MARKULIN

DIPLOMSKI RAD

UTJECAJ SOCIODEMOGRAFSKIH I PSIHOBIOLOŠKIH ČIMBENIKA NA DOJENJE I TRAJANJE DOJENJA MAJKI U ZADARSKOJ ŽUPANIJI

INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC AND PSYCHOBIOLOGICAL FACTORS ON BREASTFEEDING AND DURATION OF BREASTFEEDING BY MOTHERS IN ZADAR COUNTY

Zadar, listopad 2018.

SVEUČILIŠTE U ZADRU

ODJEL ZA ZDRAVSTVENE STUDIJE

DIPLOMSKI RAD

KANDIDAT: Stivena Markulin

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Utjecaj sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i trajanje dojenja majki u Zadarskoj županiji

MENTOR: Doc.dr.sc. Nataša Skitarelić, dr. med.

Zadar, listopad 2018.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Stivena Markulin,** ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Utjecaj sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i trajanje dojenja majki u zadarskoj županiji** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 24. listopad 2018.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD 1
   1.1. Dojenje ..... **Error! Bookmark not defined.**
   1.2. Fiziologija laktacije ..... **Error! Bookmark not defined.**
   1.3. Osobine majčinog mlijeka ..... **Error! Bookmark not defined.**
   1.4. Učinci dojenja na dijete i majku ..... **Error! Bookmark not defined.**
   1.5. Kontraindikacije i teškoće pri dojenju ..... **Error! Bookmark not defined.**
   1.6. Inicijative za zaštitu, unapređenje i potporu dojenju u svijetu i u Republici Hrvatskoj **Error! Bookmark not defined.**
      1.6.1. Mjere za zaštitu, poticanje i održavanje dojenja – 10 koraka do uspješnog dojenja ..... **Error! Bookmark not defined.**
      1.6.2. Preporuke za prehranu zdrave dojenčadi Hrvatskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, 2010. god. **Error! Bookmark not defined.**
   1.7. Stope dojenja u svijetu i u Republici Hrvatskoj **Error! Bookmark not defined.**
   1.8. Čimbenici koji utječu na odluku i duljinu dojenja **Error! Bookmark not defined.**
   1.9. Podrška zdravstvenog sustava Republike Hrvatske dojenju **Error! Bookmark not defined.**
      1.9.1. Grupe za potporu dojenja ..... **Error! Bookmark not defined.**
      1.9.2. Patronžna skrb pri dojenju ..... **Error! Bookmark not defined.**
2. CILJ ..... **Error! Bookmark not defined.**
3. ISPITANICI I POSTUPCI ..... **Error! Bookmark not defined.**
4. REZULTATI ..... **Error! Bookmark not defined.**
5. RASPRAVA ..... **Error! Bookmark not defined.**
6. ZAKLJUČCI ..... **Error! Bookmark not defined.**
7. LITERATURA: ..... **Error! Bookmark not defined.**
8. PRILOG ..... **Error! Bookmark not defined.**
9. ŽIVOTOPIS ..... **Error! Bookmark not defined.**

ZAHVALA

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Nataši Skitarelić, spec. pedijatrije na stručnim savjetima, strpljenju, znanju i pomoći tijekom izrade diplomskog rada.

Hvala svim kolegicama iz Službe za patronažu Doma zdravlja Zadarske županije i pedijatrijskom timovima Primarne zdravstvene zaštite koji su nesebično sudjelovali u istraživanju.

Hvala mojoj obitelji, mojem mužu i djeci na strpljenju i podršci kao i mojim roditeljima koji su mi uvijek podrška i potpora u svakom pogledu.

POPIS KRATICA

WHO - World Health Organization

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

UNICEF - United Nations Children´s Emergency Found

IBFAN - International Baby Food Action Network

SAD - Sjedinjene Američke Države

HIV- Virus humaneimunodeficijencije

RH - Republika Hrvatska

NIS - National Immunization Survey

SAŽETAK

Uvod: Dojenje je prehrana djeteta majčinim mlijekom čime se ostvaruju nutritivni, psihosocijalni, imunološki, praktični i ekonomski aspekti zdravlja djeteta i majke te stabilan emocionalan i kognitivan razvoj djeteta.

Cilj: Utvrditi stupanj i značajnost utjecaja nekih sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i trajanje dojenja kod ispitanica u Zadarskoj županiji.

Ispitanici i postupci: U istraživanju je sudjelovalo 155 ispitanica Zadarske županije. Anketnim upitnikom ispitivan je utjecaj nekih sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na odluku o dojenju i duljinu trajanja dojenja. Dobiveni podaci anketa su statistički obrađeni.

Rezultati: Ispitanice su bile prosječne dobi od 31 godine, većinom udane, zaposlene, dobrog ekonomskog statusa koje žive u višečlanim obiteljima. Dob ispitanica i konzumiranje duhanskih proizvoda značajni su prediktori za duljinu trajanja dojenja. Stupanj obrazovanja ispitanica te prethodno iskustvo dojenja pokazuju tendenciju značajnosti dok ekonomski status, vrijeme donošenja odluke o dojenju, konzumiranje alkohola te pohađanje trudničkog tečaja nemaju statistički značajnu prediktivnu vrijednost. Partneri ispitanica kao i njihove majke najviše utječu i podržavaju ispitanice na dojenje. Prosječna duljina trajanja dojenja kod naših ispitanica iznosila je 4,2 mjeseca, a s 9,5 mjeseci se uvodilo u prehranu adaptirano mlijeko.

Zaključci: Različiti čimbenici utječu na odluku majki o dojenju i duljini trajanja dojenja. Dob ispitanica i konzumiranje duhanskih proizvoda pokazali su jasnu statitističku značajnost, obrazovni status i paritet majki tendenciju značajnosti dok ekonomski status, vrijeme donošenja odluke o dojenju, pohađanje trudničkog tečaja ne utječu na duljinu trajanja dojenja, unatoč suprotnim očekivanjima. Majke Zadarske županije primjenjuju isključivo dojenje kraće vrijeme i ranije počinju s uvođenjem dohrane u odnosu na preporuke SZO.

KLJUČNE RIJEČI: dojenje, majčino mlijeko, čimbenici, utjecaj, trajanje dojenja

SUMMARY

Introduction: Breastfeeding is a diet for children with their mother's milk which achieves nutritional, psychosocial, imunological, practical and economic aspects of the child's and mother's health and a stable emotional and cognitive development of the child.

Objective: Determine the level and significance of the influence of some sociodemographic and psychobiological factors to breastfeeding and duration of breastfeeding with examinees from Zadar county.

Examinees and procedures: 155 examinees participated in the research in Zadar county. The poll questionairre examined the influence of some sociodemographic and psychobiological factors on choosing breastfeeding and duration of breastfeeding. The data was statistically processed.

Results: The examinees were on average 31 years old, mostly married, employed, good economic status and living in their own families. The age of the examinees and consumation of tobbaco products are significant predictors of duration of breastfeeding. The level of education of the examinees and previous experience in breastfeeding show a tendency of significance,while economic status, time of decision to start breastfeeding, consumation of alcohol and attending maternity classes have no statistically significant predictive value. The examinees partners as well as their mothers have the greatest influence and support the examinees to breastfeed. The average duration of breastfeeding amongst the examinees was 4,2 months and at 9,5 months adapted milk was introduced into the babies nutrition.

Conclusion: Different factors influence the decision of mothers on breastfeeding and the length of breastfeeding. The age of the examinees and consumation of tobacco products show a clear statistical significance, educational status and parity of mothers a tendency of significance while economic status, timing of decision on breastfeeding, attending maternity classes do not influence the duration of breastfeeding despite different expectations. The mothers in the Zadar county apply exclusively short breastfeeding and start early with introducing supplements to breastfeeding in relation to recommendations by the WHO.

KEY WORDS: breastfeeding, mother's milk, factors, influence, duration of breastfeeding

1. UVOD

1.1. Dojenje

Dojenje podrazumijeva „hranjenje djeteta na majčinim prsima, majčinim mlijekom koje se izlučuje tijekom laktacije (procesa stvaranja mlijeka u dojkama)" (1). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF) i brojna medicinska stručna udruženja ističu dojenje kao „najbolji način prehrane novorođenčadi i dojenčadi koje omogućuje zdrav rast i razvoj djeteta" (2). Dojenje je sastavni dio reproduktivnog procesa s važnim utjecajem i na zdravlje majke (3). Dojenjem se ostvaruju brojni nutritivni, psihosocijalni, imunološki, praktični i ekonomski aspekti zdravlja djeteta i majke tako da ne samo da je idealan obrazac prehrane i prevencije mnogih oboljenja u djeteta, nego i način pouzdanog emocionalnog i kognitivnog razvoja djeteta (1). Stoga dojenje i majčino mlijeko treba shvatiti iz dvije dimenzije: „kao najbolju hranu za zdravlje, rast i razvoj djeteta, te kao ujedinjenu priliku za razvoj rane privrženosti („earlyattachment"), koja je od iznimne važnosti za kasniji psihosocijalni razvoj djeteta" (4).

Prema definiciji SZO, isključivo dojenje je prehrana djeteta majčinim mlijekom (uključujući izdojeno mlijeko ili mlijeko zamjenske dojilje) tijekom prvih šest mjeseci života bez ikakvih drugih dodataka (osim vitamina, minerala, lijekova i oralnih rehidracijskih soli po potrebi), s nastavkom dojenja uz primjerenu dohranu djeteta do navršene druge godine života ili dulje. Stoga primjena bilo kakve druge vrste hrane i pića osim majčinog mlijeka tijekom prvih šest mjeseci života djeteta nije preporučljiva (3). Također, preporuke SZO naglašavaju važnost početka dojenja unutar prvog sata od rođenja. Prema istraživanju Victora CG i suradnika, kada bi se u svim zemljama svijeta dojenje povećalo do svjetskog prosjeka, svake godine bi se sačuvalo oko 823 000 života djece mlađe od pet godina i života 20 000 žena koje umiru od raka dojke (5). Osim toga, godišnje bi se uštedjelo 13 milijardi dolara kada bi se 90% obitelji držalo preporuka SZO o isključivom dojenju prvih šest mjeseci života dojenčeta (6). Takvi izračuni ne postoje za Republiku Hrvatsku.

Dakle, majčino mlijeko je najbolja hrana koja zadovoljava ne samo prehrambene potrebe djeteta, već služi i kao temelj budućem zdravom tjelesnom i emocionalnom razvoju djeteta (7).

1.2. Fiziologija laktacije

Kod mnogih žena stvaranje mlijeka počinje i prije samog poroda te traje onoliko dugo koliko se djetetu nudi podoj. Stvaranje i otpuštanje mlijeka događa se djelovanjem hormona prolaktina. Čin sisanja potiče osjetilne završetke koji se nalaze oko bradavice dojke koji onda prenose signal do hipofize koja stvara prolaktin. Čim je veći poticaj osjetilnih završetaka, to je veća i proizvodnja prolaktina. Za otpuštanje mlijeka odgovoran je hormon oksitocin koji se luči kao odgovor na mehaničko podraživanje dojke sisanjem. Dovodi do kontrakcije mišića koja onda u isto vrijeme istiskuju mlijeko iz kanalića u obje dojke. Refleks otpuštanja mlijeka obično se „uvježbava“ u prvim danima po porodu, a osim stavljanja djeteta na prsa mogu ga izazvati i drugi podražaji iz majčine okoline: promatranje djeteta, blizina djeteta i njegov plač i slično. Način poroda također može utjecati na izlučivanje mlijeka. Smatra se kako se prirodnim porodom dodatno izlučuju prolaktin i oksitocin, što uz ostale pozitivne učinke takvog poroda podiže kvalitetu i duljinu dojenja (1). Uspješno dojenje znači da dijete sišući zaista prazni dojku i istodobno potiče majčino tijelo da iznova puni prsa, i to baš onoliko koliko je prethodno posisalo. Preduvjet je da prethodno dijete dobro ustima obuhvati dojku, siše pokrečući pri tom jezik i donju čeljust te valovitim pokretima jezika istiskuje mlijeko iz sinusa kroz izvodne mliječne kanaliće u bradavici dojke sebi u usta (8). Za uspješno dojenje važno je psihičko stanje majke, vježbe opuštanja, ležeći položaj, aplikacija toplih obloga te nježna masaža dojki prije podoja.

Razlikujemo tri faze fiziologije laktacije tj. sposobnosti dojenja. Prva faza je mamogeneza ili rast dojke, a označava rast i razvoj mliječnih žlijezda tijekom trudnoće. Druga faza je laktogeneza. Tada počinje sinteza i sekrecija mlijeka i pod utjecajem je hormona prolaktina i oksitocina. Treća faza je galaktopoeza, dugoročno trajno održavanje sinteze, sekrecije i otpuštanja mlijeka iz dojke (8).

Dojka je organ koji proizvodi onoliko svog proizvoda koliko ga dijete traži na taktilni podražaj bradavice ustima i jezikom djeteta. Treba znati odabrati mjesto dojenja, provesti osnovne elemente higijene dojenja, odabrati pogodan položaj majke i djeteta pri dojenju, znati pridržati dojku, kako će dijete uhvatiti bradavicu, kako mu pomoći i kako završiti dojenje.

Izlučivanje mlijeka tijekom prvih dana obično ne prelazi više od 50 ml kolostruma/dan. Od četvrtog do 14. dana života sekrecija se povećava od 50 do 100 - 500 ml/dan, a nakon drugog tjedna dojke proizvedu od 800 do 1000 i više ml mlijeka na dan (9).

Ablaktacija znači prestanak laktacije i dojenja. Nastupa spontano za oko 14 dana od kada prestaje podraživanje dojke sisanjem. Provodi se postupno, prilikom prijelaza djeteta na krutu hranu i kravlje mlijeko ili naglo kad postoje kontraindikacije dojenju te u slučaju smrti djeteta. Slaba sekrecija može ostati prisutna još tjednima i mjesecima nakon prestanka dojenja djeteta (8).

1.3. Osobine majčinog mlijeka

„Majčino mlijeko je sekret mliječnih žlijezda koji se sastoji od vode i u njoj otopljenih ili raspršenih hranjivih tvari: bjelančevina, masti, ugljikohidrata, vitamina, minerala i oligoelemenata" (1). Uz to, mlijeko u sebi ima imunološki aktivne tvari, enzime, hormone i veliki broj supstanci čiji se sastav i uloga tek otkrivaju. Glavna osobina mlijeka je promjenjivost sastava, od početka do kraja podoja, tijekom dana te tijekom cijelog razdoblja laktacije, kako bi se volumenom i sastavom prilagodilo potrebama djeteta (1). Prva tri dana pojavljuje se kolostrum, od četvrtog do 14. dana pojavljuje se prijelazno mlijeko, a tek u trećem i četvrtom tjednu pojavljuje se zrelo mlijeko koje kakvoćom i količinom zadovoljava sve potrebe djeteta u prvoj polovini prve godine života. Kolostrum sadrži više bjelančevina, manje masti i ugljikohidrata, više u masti topivih vitamina, karotena, soli, imunoglobulina, sekretornog imunoglobulina A, protutijela protiv raznih virusa i bakterija. Glavna mu je uloga zaštitna te štiti novorođenče od infekcija, a pomaže i pražnjenju crijeva. Gust je i žut. Prijelazno mlijeko promjenjivog je sastava iz dana u dan. Postupno mu opada sadržaj bjelančevina, imunoglobulina i vitamina, a raste koncentracija masti, laktoze, vodotopljivih vitamina i ukupne energije. Zrelo mlijeko makroskopski je slično kravljem mlijeku, ali je slađeg okusa, energetska vrijednost mu je oko 68 kcal/100 ml. Po sastavu nije jednako na početku i na kraju podoja. Na početku tzv. prvo mlijeko sadrži više vode, a manje masti. Zadnje mlijeko bogatije je masnoćom što djeluje na smanjivanje teka djeteta, pa ono prestane sisati (8).

1.4. Učinci dojenja na dijete i majku

Opaženo je da djeca hranjena majčinim mlijekom manje pobolijevaju od djece hranjene kravljim mlijekom, a u novije vrijeme brojni radovi povezuju dojenje s većim kvocijentom inteligencije djeteta. Mlijeko posisano iz dojke je sterilno te osim što osigurava novorođenčetu i dojenčetu optimalnu hranu, omogućuje zaštitu od brojnih infekcija probavnog, dišnog, mokraćnog sustava kao i upale srednjeg uha, zaštitu od raznih upalnih,

imunoloških bolesti i poremećaja, pomaže sazrijevanju gastrointestinalnih funkcija, prevenira senzibilizaciju na bjelančevine, smanjuje mortalitet dojenčadi, omogućuje pravilniji razvoj čeljusti i zubi, pruža djetetu osjećaj sigurnosti i emocionalne topline. Nastaje odnos majka - dijete što je važno za daljnji psihički razvoj djeteta**.** Također, budući da je majčino mlijeko sekret mliječnih žlijezda sa živim stanicama i nizom tvari koje nadomještaju nezrele funkcije novorođenčeta, pospješuje apsorpciju sastojaka hrane te im povećava biološku dostupnost pa kažemo da je mlijeko hrana s biološkom aktivnošću (9). Prvorazredan je i nenadoknadiv izvor hrane, uvijek dostupan i idealne temperature, a bitna je i ušteda novca u obitelji.

Dojenjem se osigurava interakcija majke i djeteta, što stimulira sva djetetova osjetila. Pozitivno utječe na psihičku stabilnost majke i djeteta. Majci pruža osjećaj brige, ljubavi i kontinuiranu socijalnu stimulaciju. U novije vrijeme ističe se važnost dojenja u ostvarivanju rane privrženosti majke i djeteta. Također, aktivnim uključivanjem očeva u proces dojenja omogućuje se veće zajedništvo i koherenstvo u obitelji. Zbog kontraceptivnog učinka vremenski razmiče moguće uzastopne trudnoće majki te također smanjuje rizik za dijabetes, karcinom jajnika, karcinom dojke te osteoporoze majki u kasnijoj dobi (8,9,10,11).

Postoji i uvjetna negativnost majčinog mlijeka, a to je prijenos toksičnih kemijskih tvari iz majke djetetu. Iako je točno da se većina lijekova koje uzima majka dojilja može naći u mlijeku, često se neopravdano i olako savjetuje prekid dojenja. Majka može uzimati lijekove koji nisu štetni za dijete i izlučuju se u mlijeku u premaloj količini da bi naštetili djetetu. Relativno je malo lijekova koji su kontraindicirani, kao što su salicilati, litij, citostatici, radioaktivni jod, sredstva ovisnosti, tetraciklini, kloramfenikol i drugi. Lijekove koji se mogu uzimati treba uzeti neposredno nakon podoja, da bi doza koju dijete posiše bila najniža. Uobičajeno, koncentracija lijeka u mlijeku ne prelazi 2 % one u serumu majke. Najjači onečišćivači iz ljudske okoline koji se mogu naći u mlijeku su klorirani ugljikovodici. Alkohol također prelazi u mlijeko i uzrokuje pospanost, znojenje, slabije sisanje u djeteta, a oslabljuje refleks ispuštanja mlijeka u majke. Pušenje nepovoljno utječe na stvaranje mlijeka, a nikotin prelazi u mlijeko i djeluje kao psihostimulans te povećava sklonost infekcijama i alergiji u djeteta (9).

1.5. Kontraindikacije i teškoće pri dojenju

Kontraindikacije za dojenje mogu biti apsolutne i relativne (trajne i privremene), vezano za stanje majke ili djeteta.

Apsolutne trajne kontraindikacije dojenju sa strane majke su karcinom dojke, aktivna tuberkuloza, psihoza majke, bilo koja teška bolest koja iscrpljuje majku, HIV infekcija majke. Nasuprot tome, relativne kontraindikacije od strane majke su primjena radiokativnih tvari te uzimanje nekih lijekova, akutne bolesti majke opasne za dijete (npr. varicellae), herpes simplex infekcije, bolne i ispucane bradavice, plosnate ili uvučene bradavice, prepunjenost dojki i mastitis (otok, bolnost, napeta, sjajna koža, bolna, topla, povišena temperatura). Relativne kontraindikacije dojenja su premostive, prolazne prepreke koje uz odgovarajuće mjere i postupke mogu biti uklonjene, a dijete onda može nastaviti dojiti.

Apsolutne kontraindikacije dojenju od strane djeteta su određene metaboličke bolesti kao što je galaktozemija, neke vrlo rijetke nasljedne bolesti (fenilketonurija, leucinoza i sl.) kod kojih bi se djetetu dojenjem unijele štetne tvari koje ugrožavaju njegovo zdravlje. Relativne kontraindikacije od strane djeteta su nedonošenost, rascjepi nepca i ždrijela, prirođene srčane mane te neurološka oštećenja (9).

1.6. Inicijative za zaštitu, unapređenje i potporu dojenju u svijetu i u Republici Hrvatskoj

Iako brojna znanstvena istraživanja potvrđuju poznate dobrobiti dojenja, stopa dojene djece je u padu posljednjih desetljeća, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj (10,11). Potaknuti time, SZO i UNICEF pokreću brojne aktivnosti te zaštita, promicanje i potpora dojenju postaje javno zdravstveni prioritet mnogih razvijenih zemalja. Tako SZO i UNICEF 1979. godine formiraju međunarodnu mrežu predstavnika iz raznih zemalja s ciljem podrške dojenju i borbe protiv neetičkog oglašavanja nadomjestaka za majčino mlijeko (IBFAN – International Baby Food Action Network). Skupština SZO 1981. usvaja rezoluciju „WHA 34.22" koja sadrži „Međunarodni pravilnik o marketingu nadomjestaka za majčino mlijeko" (10,11,12). Tom rezolucijom se pozivaju sve zemlje članice na poštivanje i provođenje tog pravilnika. Godine 1989. donose se preporuke pod nazivom „Deklaracija Innocenti o zaštiti, poticanju i podupiranju dojenja". U toj deklaraciji razrađeni su uvjeti i preporuke za provođenje programa poticanja dojenja te je istaknuto da bi se svako dijete trebalo dojiti četiri ili šest mjeseci života, ali i nakon toga uz adekvatnu dohranu, do navršene prve ili druge godine života. Naglašava se uspostava „kulture dojenja" i otpor „kulturi hranjenja bočicom", potiče se na suradnju i pritisak na vlade zemalja ka razvijanju „politike potpore dojenju" te ističe potreba obavezne edukacije zdravstvenog osoblja. Deklaraciju Innocenti potpisale su 32

zemlje koje su do 1995. trebale usvojiti „Međunarodni pravilnik o marketingu nadomjestaka za majčino mlijeko".

Zatim, SZO i UNICEF 1991. godine pokreću inicijativu „Rodilišta – prijatelj djece" (eng. Baby Friendly Hospitals Initiative) s ciljem humanizacije rodilišta i podrške majkama pri dojenju od strane zdravstvenog osoblja. Ta inicijativa podrazumijeva primjenu programa promicanja dojenja „Deset koraka do uspješnog dojenja". Zahvaljujući UNICEF-u, taj program je pokrenut u Republici Hrvatskoj 1993. godine. Tako od 2016. godine sva rodilišta u Republici Hrvatskoj (ukupno 31 rodilište) nose titulu „Rodilište – prijatelj djece" te su „u svim rodilištima stvoreni uvjeti za zajednički boravak majke i djeteta. Inicijativa se nastavlja podrškom u dojenju prijevremeno rođene djece, kao i podrškom majkama kako bi rodilišta postala i prijatelji majki" (13). Inicijativa „Rodilište – prijatelj majki" trenutno je u Republici Hrvatskoj pilot projekt koji obuhvaća četiri rodilišta. Cilj ove inicijative je prilagođavanje rodilišta potrebama majke, poboljšanju komunikacije između zdravstvenih djelatnika i rodilje te bolja informiranost budućih roditelja.

1.6.1. Mjere za zaštitu, poticanje i održavanje dojenja – 10 KORAKA DO USPJEŠNOG DOJENJA

„Svaka ustanova koja pruža usluge roditeljima i brine se za novorođenčad treba:

1. imati ispisana pravila o dojenju koja služe cjelokupnom osoblju
2. poučiti sve zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila
3. informirati sve trudnice o dobrobitima dojenja i o tome kako se doji
4. pomoći majkama da počnu dojiti unutar pola sata od rođenja djeteta
5. pokazati majkama kako se doji i kako da sačuvaju izlučivanje mlijeka, čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi
6. uskratiti novorođenčadi bilo kakvu drugu hranu ili piće osim majčina mlijeka, osim ako to nije medicinski uvjetovano
7. organizirati zajedništvo u istoj prostoriji majke i djeteta („roomingin" – 24 sata na dan)
8. poticati majke da doje na zahtjev novorođenčeta
9. uskratiti djeci dude varalice
10. poticati osnivanje grupa za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri napuštanju rodilišta odnosno bolnice" (13).

Ove preporuke danas predstavljaju najviši standard postupaka zaštite, unapređenja i poticanja dojenja u rodilištima diljem svijeta.

1.6.2. Preporuke za prehranu zdrave dojenčadi Hrvatskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu, 2010. god.

SZO i UNICEF 2002. godine usvajaju zajednički dokument „Globalna strategija o prehrani dojenčadi i male djece" kojom se definiraju parametri optimalne prehrane dojenčadi i male djece. Strategija jasno preporuča i zalaže se za prehranu isključivo majčinim mlijekom djece do prvih šest mjeseci života te za nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu krutom hranom do druge godine života ili dok to majka i dijete žele (14). Strategiju su prihvatila brojna pedijatrijska stručna društva pa je tako i Hrvatsko društvo za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu izdalo „Preporuke za prehranu zdrave dojenčadi Hrvatskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu", 2010. godine:

- „Zdravom dojenčetu valja omogućiti isključivu prirodnu prehranu (majčino mlijeko) do šestog mjeseca života te uz dohranu nastaviti dojiti i nakon djetetove navršene prve godine.
- Ako dijete nije na prirodnoj prehrani, jedini prihvatljivi vid umjetne prehrane jesu gotovi dojenački mliječni pripravci.
- Kravlje mlijeko kao osnovni mliječni napitak ne preporuča se u prvih 12 mjeseci, no u malim se količinama može dodavati i ranije u hrani za dohranu.
- Vremenski okvir za početak dohrane je između 17. i 26. tjedna života. Namirnice za dohranu treba uvoditi postupno i pojedinačno.
- Odgađanje početka dohrane zdrave dojenčadi i nakon šestog mjeseca života ne sprječava alergiju ni kronične bolesti poput celijakije, pa stoga nije opravdano. Ta ista preporuka vrijedi i za namirnice s alergenim potencijalom (mlijeko, riba, jaja, gluten...) te za svu zdravu djecu, s pozitivnom atopijskom predispozicijom ili bez nje.
- Nema dokaza da eliminacija alergena hrane iz prehrane trudnica i dojilja pridonosi sprječavanju atopijskih bolesti u njihove djece te se stoga ne preporučuje, ali uz napomenu da je atopijski dermatitis moguća iznimka. Ta se uputa odnosi samo na zdravu dojenčad s pozitivnom atopijskom anamnezom ili bez nje.
- Dojenački pripravci na osnovi soje nisu namijenjeni za prehranu zdrave djece već samo one dojenčadi koja zbog određenih razloga ne smiju primati laktozu ili proteine kravljeg mlijeka" (15).

1.7. Stope dojenja u svijetu i u Republici Hrvatskoj

Sredinom 20. stoljeća zabilježen je pad stope dojenja i u razvijenim i u nerazvijenim zemljama svijeta što su mnogi autori nazivali „jednim od najvećih nekontroliranih bioloških eksperimenata na svijetu". Bila je tendencija majčino mlijeko zamijeniti kravljim mlijekom i njegovim industrijskim prerađevinama. Dojenje tada više nije bilo pravilo, nego iznimka (9). Tijekom 30-ih do 60-ih godina prošlog stoljeća u SAD-u je zabilježen pad s 80% na 20% dojene djece otpuštene iz rodilišta (16). Početkom 21. stoljeća kultura dojenja se vraća te se stvara svijest o važnosti povratka na prirodnu prehranu. Prema podacima National Immunization Survey (NIS) u SAD-u 2007. godine, 75% majki je započelo dojenje, 43% majki je dojilo dijete šest mjeseci, dok je 22% majki dojilo 12 mjeseci. SAD je postavio nacionalne ciljeve za zdrave ljude 2010. godine kojima bi se trebalo postići da 75% majki započne dojenje, da 50 % majki doji šest mjeseci, a 25 % majki da nastavi dojiti godinu dana (18).

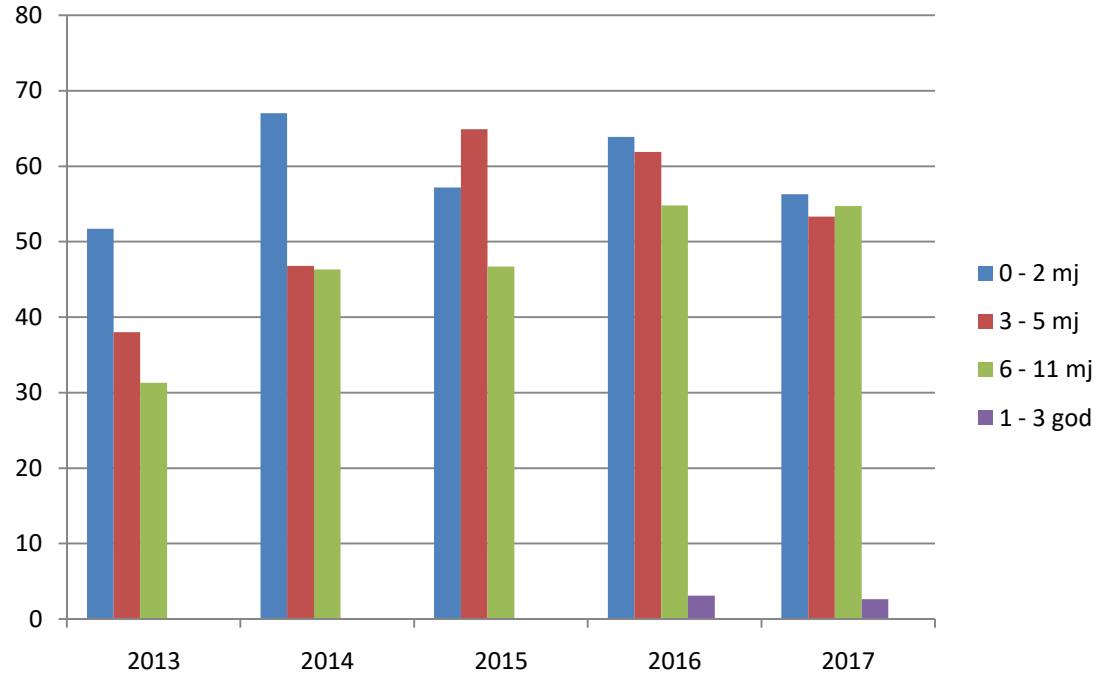
Trend smanjenja postotka dojenja djece u Hrvatskoj postojao je i prije Domovinskog rata. U ratnim uvjetima takva situacija se još i pogoršala. Tada je kod nas svega 75% majki dojilo svoju djecu po izlasku iz rodilišta, a u dobi od 3 mjeseca dojilo ih je svega 30% (18). Zbog toga UNICEF i Ministarstvo zdravstva pokreće niz programa, akcija i inicijativa u cilju promicanja dojenja (npr. „Rodilišta-prijatelji djece – BFHI", „rooming-in" i dr.). U jesen 2006. godine u Republici Hrvatskoj osniva se „Povjerenstvo za promicanje dojenja pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi". Ono sastavlja „Nacionalni program za promicanje i zaštitu dojenja". U tom programu postavljen je cilj: isključivo dojenje 95% tijekom prvih 48 sati djetetova života, 70 % s navršenih tri mjeseca i 40% s navršenih šest mjeseci života (19). Između ostalog, Sabor Republike Hrvatske 2012. godine je usvaja „Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva od 2012.-2020. godine" u kojem je istaknuta važnost provođenja programa promicanja dojenja pod nazivom „Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015.do 2016." (10).

Nakon svih poduzetih koraka i inicijativa, rezultati brojnih istraživanja u Republici Hrvatskoj pokazuju porast stope dojenja. Uspoređivali su se rezultati iz 1994. godine i 1998. godine u kojima je vidljivo da je stopa dojenja djece u dobi od jednog mjeseca porasla s 68% na 87%, stopa dojenja djece u dobi od tri mjeseca porasla je s 30% na 54%, stopa dojenja djece u dobi od šest mjeseci porasla je s 11,5% na 28%, a stopa dojenja djece u dobi do 12 mjeseci života porasla je 2% na 3.5%. Još uvjerljiviji i bolji rezultati su iz 1999-2000.godine. U odnosu na 1994. godinu stopa dojenja djece u dobi od jedan mjesec porasla je s 68% na

87%, u djece dobi od 3 mjeseca s 30% na 66%, u djece dobi u šest mjeseci s 11.5 % na 49%, u djece dobi od 12 mjeseci s 2% na 23% (20).

U razdoblju od 2007. do 2014. godine stope isključivog dojenja u razdoblju od 0-2 mjeseca djetetova života porasle su za 16% (s 51% 2007. godine na 67% 2014.godine), a stope isključivog dojenja u razdoblju od tri do pet mjeseci porasle su za 14 % (s 32% u 2007.godini na 46% u 2014.godini) (21).

Unatoč svemu, stope dojenja daleko su ispod željenih kako u ostalim zemljama svijeta, tako i u našoj domovini. U razvijenim zemljama stopa isključivog dojenja je niska, s iznimkom skandinavskih zemalja. U Norveškoj je 92% djece isključivo dojeno do trećeg mjeseca života. Stopa isključivog dojenja u zapadnim zemljama se kreće između 1% u Ujedinjenom Kraljevstvu do 24,4% u Kanadi (22-23). Prema globalnim podacima SZO-e, samo 35% dojenčadi hrani se isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih šest mjeseci života (23). Na slici 1. prikazan je udio dojene djece u Republici Hrvatskoj od 2013. – 2017. godine prema Hrvatskom zdravstveno statističkom ljetopisu 2013. - 2017. (24,25,26,27,28). Program za zaštititu i promicanje dojenja od 2015. – 2016. kao indikaciju za evaluaciju postignutog programa, koristi stopu od 70% dojenja s navršena tri mjeseca. Prema podacima Hrvatskog zdravstveno – statističkog ljetopisa cilj nije postignut i stope dojenja su ispod očekivanih (10,11,26,27).



Slika 1. Udio dojene djece starosti od 0 – 3 godine u RH od 2013. – 2017.

1.8. Čimbenici koji utječu na odluku i duljinu dojenja

Kako bi svi formirani programi, inicijative, strategije u cilju promicanja dojenja bili uspješni i zaživjeli u populaciji, moraju se poznavati čimbenici koji utječu na dojenje. U nastojanju da se točno preciziraju čimbenici dojenja rađena su brojna istraživanja. Naročito se ističe istraživanje Thuliera i Mercera iz 2009. godine koji su sistematizirali dotadašnja istraživanja. Oni su podijelili čimbenike dojenja u četiri kategorije: demografske, biološke, psihološke i socijalne (29). Demografski čimbenici su dob majke, stupanj obrazovanja, socioekonomski status, bračni status i zaposlenost majke te pohađanje tečaja antenatalne edukacije. Pokazali su da je učestalost dojenja veća kod majki koje su starije, obrazovanije, boljeg socioekonomskog statusa te kod onih koje su pohađale antenatalnu edukaciju. Biološki ili biomedicinski čimbenici koji mogu utjecati na trajanje dojenja su paritet, način poroda, zdravstveno stanje djeteta, majčino prethodno iskustvo u dojenju, navika pušenja cigareta, pretilost majke, fizičke poteškoće dojenja. Socijalni čimbenici koji utječu na dojenje su čimbenici koji se odnose na postupke unutar zdravstvenog sustava (promicanje dojenja u rodilištima, promotivni paketi za rodilje i sl.), radni status majke, podrška bliske okoline majci kao i podrška zdravstvenih djelatnika. Psihološki čimbenici obuhvaćaju stavove majki, donošenje odluke o dojenju, namjeravano trajanje dojenja i potpora majci u postnatalnom razdoblju te samopouzdanje u sposobnost dojenja (29). Većina majki odlučuje o dojenju tijekom antenatalnog razdoblja, pri čemu značajnu ulogu ima utjecaj obitelji, prijatelja i zdravstvenih djelatnika.Prethodna istraživanja stavova o dojenju uglavnom su bila usmjerena na majke i trudnice, no posljednjih godina istraživanja su usmjerena i na očeve koji bi morali imati ključnu ulogu u podršci dojenju u obitelji (30).

1.9. Podrška zdravstvenog sustava Republike Hrvatske dojenju

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske predviđa i nastoji provoditi mjere za podržavanje i promicanje dojenja za vrijeme antenatalnog, intrapartalnog i postnatalnog razdoblja u skladu s obavezama i zadatcima propisanih strategijama SZO i UNICEF-a o promicanju dojenja. Antenatalna podrška obuhvaća patronažnu skrb za trudnice, organizaciju i provođenje tečajeva za trudnice i njihove partnere. Patronažna sestra provodi mjere zdravstvenog odgoja posjećujući trudnicu, ali i u sklopu grupa za potporu dojenja. Intrapartalna podrška odnosi se na mjere u sklopu projekta „Rodilište-prijatelji djece" te provođenje „Deset koraka do uspješnog dojenja". Postpartalna skrb i podrška obuhvaća

patronažnu skrb za babinjače, pohađanje grupa za potporu dojenja, pedijatrijska skrb gdje pedijatrijski timovi pružaju potporu majci za provođenje dojenja.

1.9.1. Grupe za potporu dojenja

Kao podrška dojiljama i nakon izlaska iz rodilišta osnivaju se Grupe za potporu dojenja. U tim grupama majke prisustvuju sastancima na kojima dobivaju saznanja o prirodnoj prehrani, izmjenjuju iskustva, dobivaju pomoć u praksi, emocionalnu potporu i savjete. Grupu osniva patronažna sestra, a grupu čini pet do deset majki bez prethodnog iskustva u dojenju, ali se uključuju i majke s iskustvom (31). Takve grupe u RH djeluju od 1998. u mnogim gradovima, a okupljene su u „Hrvatskoj udruzi grupa za potporu dojenja (HUGPD)". Cilj im je stvaranje nacionalne mreže koja će svima poslužiti kao izvor važnih informacija te izvor edukacije i ophođenja među patronažnim sestrama i majki u grupi za potporu dojenju (32).

1.9.2. Patronžna skrb pri dojenju

„Patronažna sestrinska skrb je djelatnost medicinskih sestara koja se odvija u obitelji i zajednici. Cilj patronažne zaštite je proširiti zdravstvenu zaštitu izvan zdravstvene ustanove, aktivno pronalaziti one kojima je potrebna zdravstvena i socijalna zaštita, te osposobljavati i pomagati pojedincima, obiteljima i drugim grupama u provođenju potrebnih mjera zaštite" (33). Budući da je patronažna skrb polivalentna skrb za pojedinca, obitelj i zajednicu, sastavni dio te skrbi su i rodilje nakon izlaska iz rodilišta. Kod dolaska kući patronažna sestra prva je u kontaktu te je stoga njezina uloga pružanja potpore dojenju jedna od najznačajnijih i najvažnijih. Ta potpora osobito je važna u prvih nekoliko tjedana nakon porođaja, odnosno u kritičnom razdoblju od majčina izlaska iz rodilišta do prvog pregleda pedijatra. Patronažne sestre tada pristupaju majci i djetetu pri čemu vide uspješnost uspostavljanja laktacije, savjetuju majke kako nadići poteškoće i ohrabruju je u nastavku dojenja (34). Tijekom edukcije patronažna sestra se rukovodi osnovnim načelima pomoći, koja uvijek mora biti pravovremena te koja će podići samopouzdanje mladih roditelja u njihovu nastojanju da prođu to osjetljivo razdoblje u životu većine ljudi (35). „Glavna zadaća medicinske sestre kao edukatora o dojenju jest pomoći majci nositi se s problemima i poteškoćama koje se mogu dogoditi prilikom dojenja" te pokazati majkama kako da mogući problem vide kao normalnu pojavu, a ne kao komplikaciju (36).

2. CILJ

Cilj istraživanja je istražiti utjecaj sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i duljinu trajanja dojenja kod majki u Zadarskoj županiji.

Ciljevi istraživanja su:

1. utvrditi sociodemografske karakteristike naših ispitanica
2. utvrditi utječe li stupanj obrazovanja majki na dojenje i duljinu trajanja dojenja te doje li majke višeg stupnja obrazovanja dulje u odnosu na majke nižeg stupnja obrazovanja
3. ispitati utjecaj ekonomskog statusa na duljinu trajanja dojenja te doje li majke s višim ekonomskim statusom dulje u odnosu na majke s nižim ekonomskim statusom
4. utvrditi utječe li pohađanje trudničkog tečaja na duljinu trajanja dojenja te doje li majke koje su pohađale trudnički tečaj dulje u odnosu na one koje nisu pohađale trudnički tečaj
5. ispitati utječe li konzumiranje duhanskih proizvoda na duljinu trajanja dojenja
6. ispitati utječe li konzumiranje alkohola na duljinu trajanja dojenja
7. ispitati utječe li vrijeme donošenja odluke o dojenju na duljinu trajanja dojenja
8. utvrditi doje li majke koje imaju prethodno iskustvo dojenja dulje od onih koje to iskustvo nemaju
9. utvrditi utječe li dob ispitanica na odluku o dojenju i duljinu trajanja dojenja
10. utvrditi utjecaj bliskih osoba ispitanica na odluku ispitanica o dojenju i duljini trajanja dojenja
11. utvrditi stupanj pružanja podrške bliskih osoba ispitanica i zdravstvenih djelatnika na duljinu trajanja dojenja
12. utvrditi duljinu trajanja isključivog dojenja te vremenski početak uvođenja nadohrane i adaptiranog mlijeka u prehranu dojenčadi.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

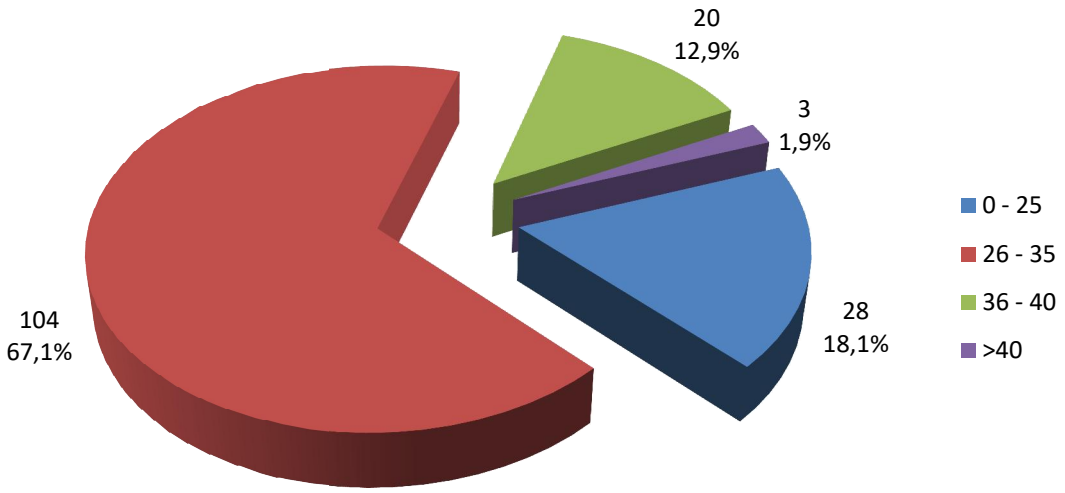
U presječnom istraživanju koje je trajalo od 01. ožujka 2018. do 31. svibnja 2018. godine uključenoje 155 ispitanica, majki koje imaju djecu u dobi od četiri do 18 mjeseci u vrijeme provođenja istraživanja, na području Zadarske županije. Istraživanje je provedeno pomoću anketnog upitnika, a protokol istraživanja odobren je od Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zadarske županije. Korišten je validiran anketni upitnik doc.dr.sc. Anite Pavičić Bošnjak uz njezinu suglasnost (prilog 1.). Anketni upitnik su majke ispunjavale tijekom posjeta patronažne sestre domu majke ili tijekom posjeta majki pedijatrijskim ambulantama. Smatra se da je majka dobrovoljno pristala na sudjelovanje u istraživanju ukoliko je vratila ispunjen upitnik. Zbog neodgovarajuće dobi djeteta i nepopunjenih podataka 21 upitnik nije se statistički obrađivao.

Upitnikom su ispitivani sociodemografski čimbenici (dob majke, stupanj obrazovanja, status zaposlenosti, bračno stanje, stupanj obrazovanja supruga/partnera, broj članova kućanstva, ekonomski status, pohađanje trudničkog tečaja, pružanje podrške bliske okoline i zdravstvenih djelatnika dojenju), te psihobiološki čimbenici (paritet i prethodno iskustvo dojenja, konzumiranje alkohola i/ili cigareta tijekom trudnoće i dojenja, donošenje odluke o dojenju, namjeravano trajanje dojenja, potpora) koji utječu na dojenje i trajanje dojenja.

Dobiveni podaci tijekom ispitivanja, pohranjeni su u osobno računalo, a nakon toga i statistički obrađeni. Statistička obrada podataka urađena je statističkim programom STATISTICA 13. Za opis osobine uzorka korištena je deskriptivna statistička analiza. Za usporedbu međugrupnih razlika korištena je jednosmjerna analiza varijance ANOVA. Za izračunate p – vrijednosti smatrana je statistička značajnost ako je $p<0.05$.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 155 ispitanica, majki djece dobi od četiri do 18 mjeseci, koja su ispunile anketni upitnik. Na slici 2. prikazana je raspodjela ispitanica s obzirom na dob.



Slika 2. Raspodjela ispitanica s obzirom na dob

Na slici 2 se vidi da je najveći broj ispitanica, njih 104 (67,1%) bilo u dobi od 26-35 godina. Svega 3 (1,9%) ispitanice su bile starije od 40 godina. Najmlađa ispitanica imala je 20 godina, a najstarija 42 godine.

Tablica 1. Prosječna dob ispitanica

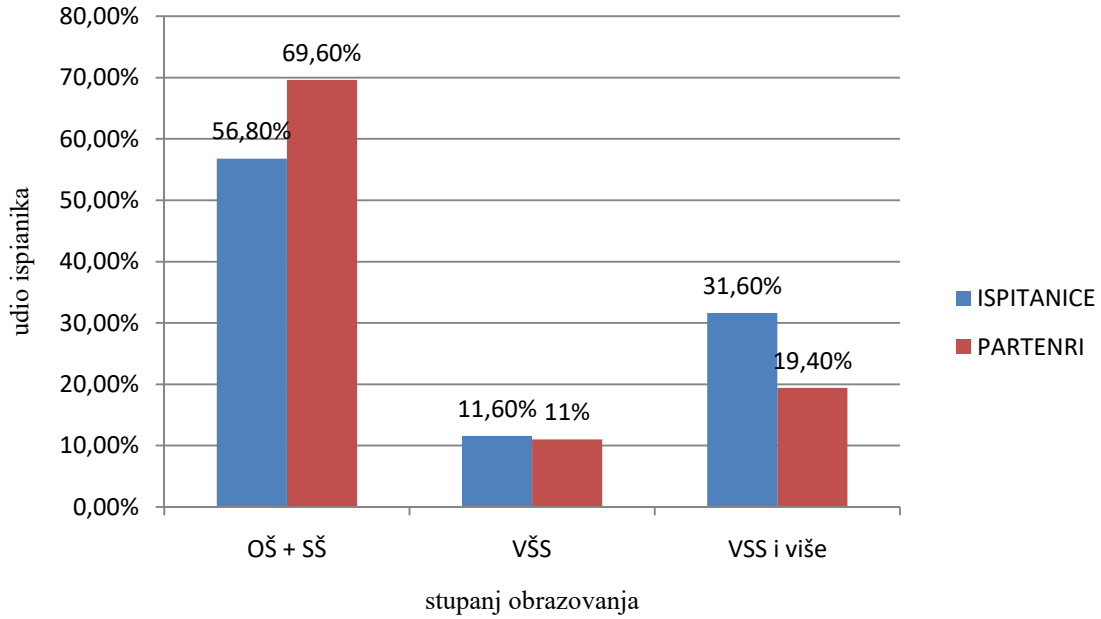
N	M	Min	Max	Sd
155	30,54	20,000	43,000	4,88

U tablici 1. prikazana je prosječna dob ispitanica koja je iznosila 31 godinu.

Tablica 2. Sociodemografske karakteristike ispitanica

KARAKTERISTIKA	N	%
BRAČNI STATUS		
Udana	139	89,7
Neudana	15	9,7
Razvedena/udovica	1	0,6
BROJ DJECE		
1	64	41,3
2	62	40
3 i više	29	18,7
RADNI STATUS MAJKE		
Zaposlena – puno radno vrijeme	103	66,4
Zaposlena – skraćeno radno vrijeme	4	2,6
Povremeno zaposlena	22	14,2
Nezaposlena	26	16,8
MJESEČNI PRIHODI		
do 5000 KN	13	8,4
5000 – 10 000 kn	51	32,9
10 000 i više	91	58,7
BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA		
2	2	1,3
3	45	29
4	48	31
5	34	21,9
6 i više	26	16,8

U tablici 2. prikazane su neke sociodemografske karakteristike ispitanica. Od 155 ispitanica, u bračnoj zajednici ih je 139 (90%). Podjednak broj ispitanica ima jedno (njih 64) ili dvoje (njih 63) djece što ukupno čini 126 ispitanica (gotovo 82%). Najviše ispitanica, njih 103 (66,4%) zaposleno je na puno radno vrijeme, žive u četveročlanom kućanstvu, njih 48 (31%) i najvećem broju ispitanica, kod njih 91 (58,7%) prihodi kućanstva su veći od 10.000 kn mjesečno.



Slika 3. Stupanj obrazovanja ispitanica i partnera

Na slici 3 prikazan je obrazovni status ispitanica i njihovih partnera. Od 155 ispitanica, većina ima završeno srednjoškolsko obrazovanje, njih 87 (56%). S višom školom je njih 18 (11,6%), a visokoškolsko obrazovanje ima njih 49 (31%). Samo je jedna ispitanica sa završenom samo osnovnom školom. Podaci o obrazovanju supruga/partnera pokazuju sličnu distribuciju kao onu koju pokazuju ispitanice. Najviše ih je sa srednjoškolskim obrazovanjem, no među ispitanicama ipak ima više onih s visokom stručnom spremom. Ovakav trend prisutan je već zadnjih dvadesetak godina u Republici Hrvatskoj te se može smatrati očekivanim.

Neke od sociodemografskih čimbenika koji utječu na duljinu dojenja ispitivane tijekom ovog istraživanja, su stupanj obrazovanja majke i ekonomski status ispitanica.

Budući da je u kategoriji sa završenom osnovnom školom bila samo jedna ispitanica, u analizi potencijalnih razlika su tretirana tri stupnja obrazovanja.

Tablica 3. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na stupanj obrazovanja

	N	M	Sd
Ukupno	154	4,181494	2,223324
Srednja škola	87	3,875862	2,360896
Viša škola	18	4,513889	2,635270
Fakultet i više	49	4,602041	1,708525

Analiza varijance nije pokazala statistički značajne razlike u duljini trajanja dojenja obzirom na razinu obrazovanja ispitanica. Time nije potvrđeno očekivanje da majke višeg stupnja obrazovanja duže doje u odnosu na one s nižim stupnjem obrazovanja.

Tablica 4. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na stupanj obrazovanja

	N	M	Sd
Ukupno	155	4,186774	2,217068
SSS	88	3,888636	2,350345
VSS	67	4,578358	1,978200

Tablica 5. Efekti obrazovnog statusa na duljinu trajanja dojenja

	df	F	p(F)
Obrazovni status	1/153	3,7471	0,0547

No, spajanjem kategorija više i visoke stručne spreme, pokazalo se da obrazovni status i dalje nije statistički značajna determinanta duljine dojenja, ali je na granici statistički dogovorene značajnosti (p=0,0547). Naime, postoji jasna tendencija da žene s visokim stupnjem obrazovanja doje dulje u odnosu na one sa srednjom stručnom spremom, što je i prikazano u tablicama 4 i 5.

Isto tako tijekom analize ekonomskog statusa, u najnižoj kategoriji, s najlošijim ekonomskim statusom, bilo je zastupljeno vrlo malo ispitanica (svega 11) pa su u analizi potencijalnih razlika tretirana dva stupnja financijskog statusa.

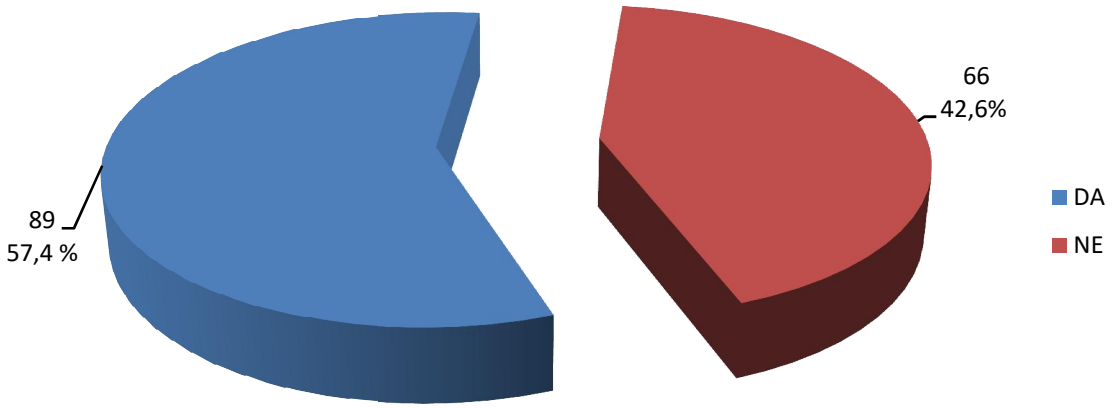
Tablica 6. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na prihode u domaćinstvu

	N	M	Sd
Ukupno	153	4,233660	2,192367
Do 5000 HRK	11	3,681818	1,927080
5001- 10 000HRK	51	4,303922	2,863701
10 000 i višeHRK	91	4,260989	1,763012

Tablica 7. Efekti financijskog statusa ispitanica na dužinu trajanja dojenja

	df	F	P(F)
Financijski status	2/150	0,3786	0,6854

Iz tablice 6 i 7 vidi se kako dobiveni rezultati nisu pokazali postojanje značajne razlike u duljini dojenja obzirom na ekonomski status kućanstva u kojem ispitanice žive. U kategoriji niskih primanja nije bilo većeg broja ispitanica te je i to moglo utjecati na konačne rezultate (iako je prosječna duljina trajanja dojenja u ovoj kategoriji prividno znatno niža). Time se pokazalo da kod naših ispitanica, njihov ekonomski status nije utjecao na duljinu dojenja, unatoč očekivanju da bolji ekonomski status utječe na dulje dojenje.



Slika 4. Pohađanje trudničkog tečaja

Na slici 4. prikazan je broj ispitanica koje su pohađale trudnički tečaj pri čemu se vidi da je njih gotovo 58 % pohađalo trudnički tečaj.

Ispitali smo koliko pohađanje trudničkog tečaja utječe na odluku o dojenju i duljini dojenja. Pri tom je bila pretpostavka da majke koje su pohađale trudnički tečaj dulje doje u odnosu na one koje nisu.

Tablica 8. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na pohađanje trudničkog tečaja

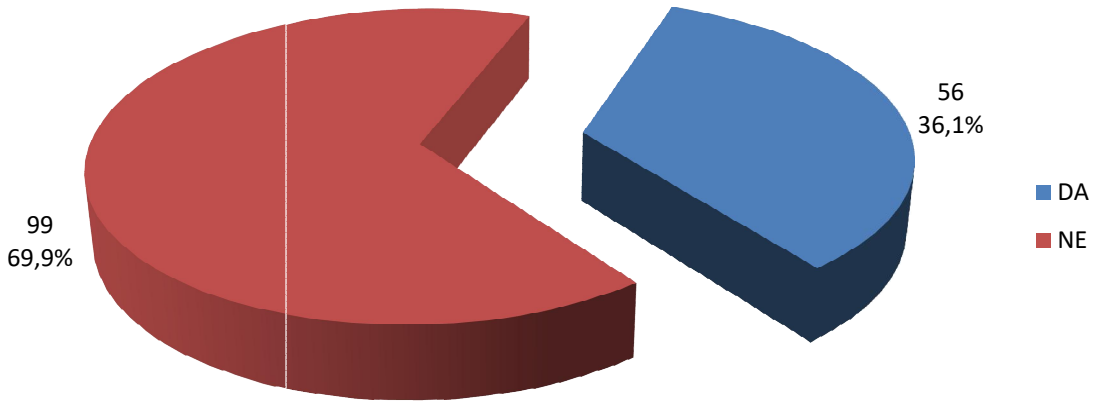
	N	M	Sd
Ukupno	155	4,186774	2,217068
DA	89	4,348315	2,174104
NE	66	3,968939	2,272118

Tablica 9. Efekti pohađanja trudničkog tečaja na duljinu trajanja dojenja

	df	F	p(F)
Pohađanje trudničkog tečaja	1/153	1,1104	0,29364

Dobiveni rezultati vidljivi u tablicama 8 i 9 nisu pokazali postojanje statistički značajne razlike u duljini dojenja djeteta obzirom na prethodno pohađanje trudničkog tečaja.

Od bioloških čimbenika koji utječu na duljinu trajanja dojenja, kod naših ispitanica ispitivali smo utjecaj konzumacije duhanskih proizvoda tj. pušenja i konzumaciju alkohola na duljinu trajanja dojenja te ponašanje ispitanica u vezi s tim prije trudnoće te tijekom trudnoće i dojenja.



Slika 5. Pušenje prije trudnoće

Na slici 5 vidi se da od 155 ispitanica, njih 56 (36%) pušilo je prije trudnoće.

Tablica 10. Ponašanje ispitanica u svezi s pušenjem

PUŠENJE U TRUDNOĆI/DOJENJU	N	%
Prestali ste pušiti cigarete u potpunosti	34	60,7
Dnevno ste pušili manji broj cigareta	22	39,3
Dnevno se pušili jednak ili veći broj cigareta	0	0

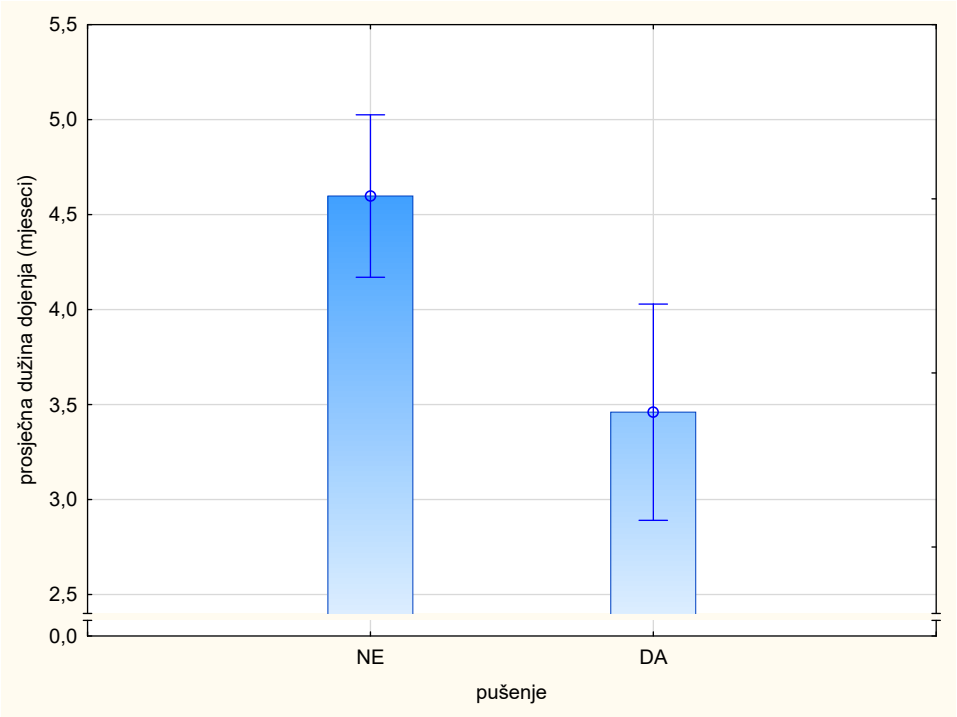
Iz tablice 10. vidimo kako sve ispitanice koje su pušile prije trudnoće su tijekom trudnoće i dojenja ili u potpunosti prestale puštiti, njih 34 (60,7%) ili su smanjile broj cigareta, njih 22 (39,3%). Niti jedna ispitanica nije nastavila pušiti cigarete tijekom trudnoće/dojenja u istom obimu.

Tablica 11. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na pušenje

	N	M	Sd
Ukupno	155	4,186774	2,217068
NE	99	4,597980	2,255469
DA	56	3,459821	1,963749

Tablica 12. Efekti pušenja na duljinu trajanja dojenja

	df	F	p(F)
Konzumacija duhanskih proizvoda	1/153	9,9756	**0,00191**



Slika 6. Statistička značajnost pušenja

Rezultati vidljivi u tablicama 11 i 12 te na slici 6 pokazuju da pušenje cigareta ima statistički značajnu važnost na duljinu trajanja dojenja. Majke koje su pušile prije trudnoće značajno kraće doje djecu (3,5 mjeseci) od majki nepušačica (4,6 mjeseci).

Tablica 13. Ponašanje ispitanica u svezi konzumiranja alkohola

KONZUMIRANJE ALHOHOLA	**DA (%)**	**NE (%)**
Prije trudnoće	50 (32,3%)	105 (67,7%)
Tijekom trudnoće/dojenja	9 (5,8%)	146 (94,2%)

U tablici 13 je prikazano da od 155 ispitanice, njih 105 (67,7%) nije konzumiralo alkohol prije trudnoće. Vrlo mali broj ispitanica, njih 9 (5,8%) je konzumiralo alkohol tijekom trudnoće/dojenja.

Tablica 14. Efekti konzumiranja alkohola na duljinu trajanja dojenja

	df	**F**	**P(F)**
Konzumacija alkohola	1/153	0,4753	0,49158

Tablica 15. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na prethodnu konzumaciju alkohola

	N	M	Sd
Ukupno	155	4,186774	2,217068
DA	50	4,365000	2,051138
NE	105	4,101905	2,296474

Za procjenu duljine trajanja dojenja konzumacija alkohola nije pokazala prediktivnu vrijednost te nije bilo značajnih razlika u prosječnoj duljini dojenja s obzirom jesu li su ispitanice konzumirale alkohol prije trudnoće ili nisu, što je vidljivo iz tablica 14 i 15.

Jedan od bioloških čimbenika koji utječe na duljinu trajanja dojenja je i prethodno iskustvo dojenja pri čemu je pretpostavka da majke koje imaju prethodno iskustvo dojenja dulje doje. Ispitali smo da li prethodno iskustvo dojenja kod naših ispitanica predstavlja statistički značajnu determinantu za duljinu trajanja dojenja.

Tablica 16. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na prethodno iskustvo dojenja

	N	M	Sd
Ukupno	155	4,186774	2,217068
Prvorotkinje	64	3,803906	2,002148
Višerotkinje	91	4,456044	2,329638

Tablica 17. Efekti prethodnog iskustva dojenja (prvorotkinje/višerotkinje) na duljinu trajanja dojenja

	df	F	p(F)
Prethodno iskustvo dojenja	1/153	3,2995	0,0712

Rezultati u tablicama 16 i 17 pokazuju da se razlika u duljini dojenja između prvorotkinja i višerotkinja nije pokazala značajnom, ali postoji evidentna tendencija (na p=7%) da višerotkinje, odnosno ispitanice s prethodnim iskustvom dojenja, dulje doje u odnosu na prvorotkinje.

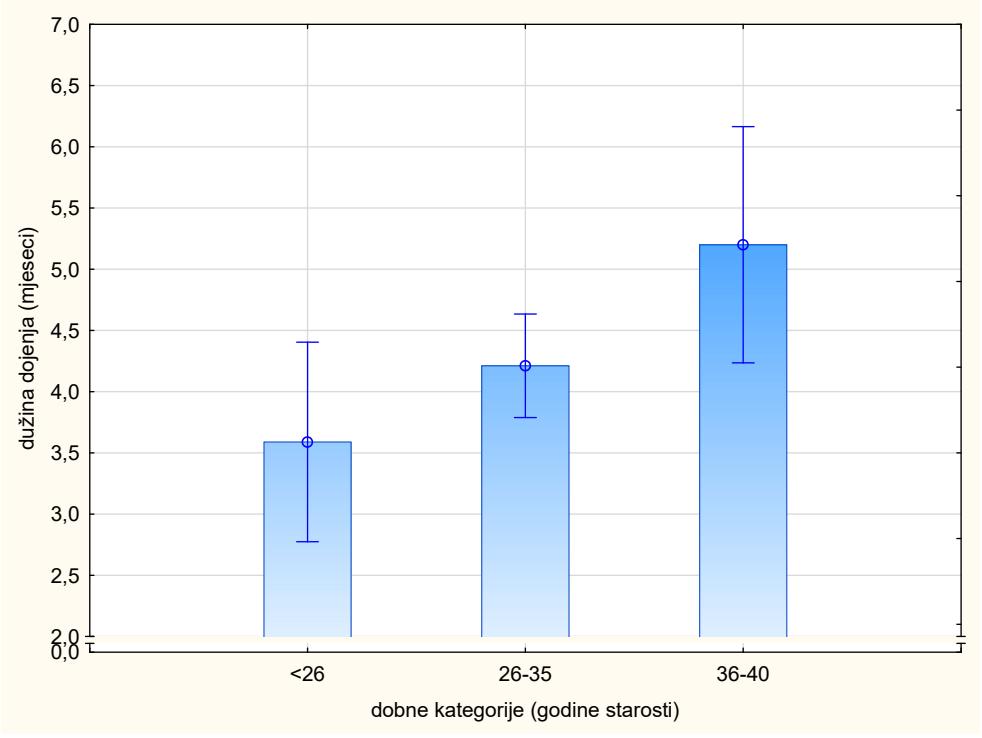
Obzirom na postojanje tendencije da višerotkinje duljeg dojenja višerotkinja u odnosu na prvorotkinje, ispitali smo duljinu dojenja u odnosu na dob ispitanica.

Tablica 18. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na dob

	N	**M**	**Sd**
Ukupno	152	4,226645	2,214222
<26	28	3,589286	1,958143
26-35	104	4,211058	2,287036
36-40	20	5,200000	1,887633

Tablica 19. Efekti dobi ispitanica na duljinu trajanja dojenja (jednosmjerna ANOVA)

	df	**F**	**p(F)**
Dob ispitanica	2/149	3,1845	**0,0442**



Slika 7. Utjecaj dobi ispitanica na duljinu trajanja dojenja

Iz tablica 18 i 19 te slike 7 vidi se kako postoji statistički značajna razlika u duljini dojenja u odnosu na dob ispitanica te da duljina dojenja raste što je ispitanica starija.

Tablica 20. Vrijeme donošenja odluke o dojenju i namjeravano trajanje dojenja

	N	%
ODLUKA ZA DOJENJE		
Prije trudnoće	127	81,9
U ranoj trudnoći	14	9
U kasnoj trudnoći	1	0,6
U vrijeme porođaja	13	8,4
NAMJERA TRAJANJA DOJENJA		
<3 mjeseca	2	1,3
3 – 6 mjeseci	16	10,3
7 – 11 mjeseci	41	26,4
12 mjeseci i više	68	43,9
Ne znam/nisam sigurna	28	18,1

Tablica 20 prikazuje vrijeme donošenja odluke o dojenju i namjeravano trajanje dojenja. Od 155 ispitanica, odluku za dojenje donijelo je 127 (81,9%) ispitanica prije trudnoće, dok je jedna ispitanica odluku donijela u kasnoj trudnoći. Njih 13 (8,4%) odluku je donijelo tijekom porođaja. Obzirom na duljinu namjeravanog trajanja dojenja, 68 (43,9%) ispitanica je namjeravalo dojiti 12 mjeseci i dulje, a 28 (18,1%) ispitanica nije bilo sigurno i nisu imale procjenu namjeravane duljine trajanja dojenja.

Kod naših ispitanica ispitali smo utječe li vrijeme donošenja odluke o dojenju na duljinu trajanja dojenja

Tablica 21. Prosječne vrijednosti duljine trajanja dojenja s obzirom na vrijeme donošenja odluke o dojenju

	N	M	Sd
Ukupno	154	4,194481	2,222218
Prije trudnoće	127	4,299213	1,988069
U ranoj trudnoći	14	4,357143	2,619664
U vrijeme porođaja	13	2,996154	3,510725

Tablica 22. Efekti vremena donošenja odluke o dojenju na dužinu trajanja dojenja

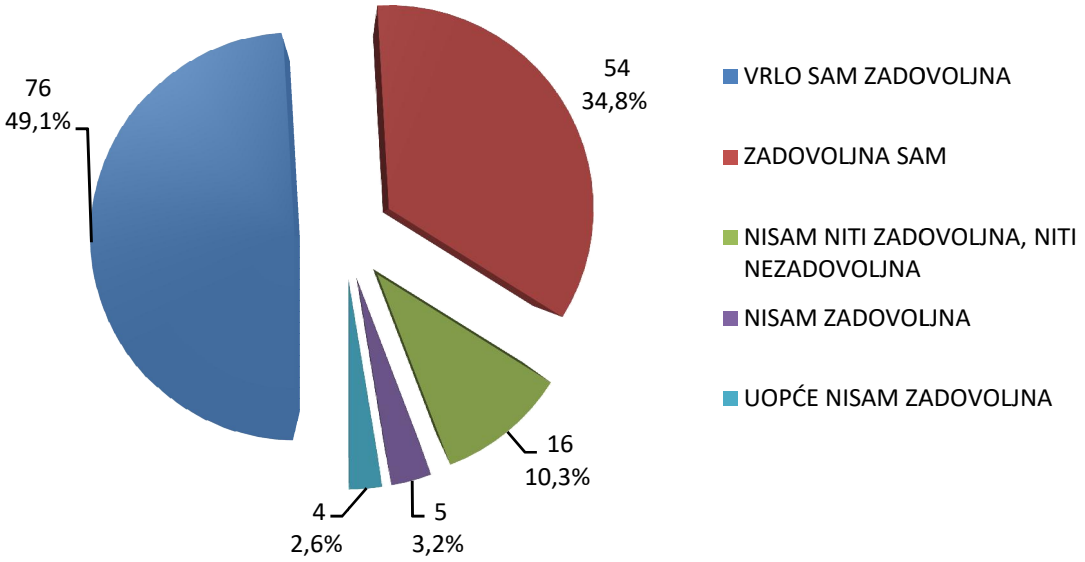
	df	**F**	**p(F)**
Vrijeme odluke	2/151	2,098	0,1262

Dobiveni rezultati vidljivi u tablicama 21 i 22 pokazuju da vrijeme donošenja odluke o dojenju (prije trudnoće, u ranoj, kasnoj trudnoći ili za vrijeme porođaja) nije statistički značajna determinanta koja utječe na duljinu dojenja

Tablica 23. Utjecaj različitih osoba/izvora na odluku o dojenju

OSOBA/IZVOR	**NAJZNAČAJNIJI UTJECAJ N(%)**	**NAJMANJE ZNAČAJAN UTJECAJ N(%)**
Patronažna sestra	18(11,6%)	29 (18,7%)
Liječnik/ginekolog, pedijatar, LOM	11 (7,1%)	25 (16,1%)
Suprug/partner	19 (12,3%)	18 (11,6%)
Majka	32 (20,7%)	20 (12,9%)
Svekrva	2 (1,3%)	5 (3,2%)
Prijateljica/e	6 (3,9%)	23 (14,8%)
Časopisi/knjige	14 (9%)	20 (12,9%)
Internet	9 (5,8%)	11 (7,1%)
Ostalo	44 (28,4%)	4 (2,6%)

U tablici 23 prikazan je utjecaj različitih osoba iz bliske okoline ili drugih izvora na odluku ispitanica o dojenju te njihov utjecaj na tu odluku. Vidljivo je da su 44 (28,4%) ispitanice samostalno donijele odluku o dojenju, što je dopisano u rubrici upitnika pod „ostalo“ kao „ja sama“. Nakon toga, najznačajniji utjecaj na odluku o dojenju se pokazao utjecaj majke, kod 32 ispitanice (20,7%). Najmanje značajan utjecaj na odluku o dojenju imali su patronažna sestra, kod 29 ispitanica (18,7%) i liječnik/ginekolog (16,1%), dakle zdravstveni djelatnici.



Slika 8. Zadovoljstvo podrškom zdravstvenih djelatnika za vrijeme trudnoće/dojenja

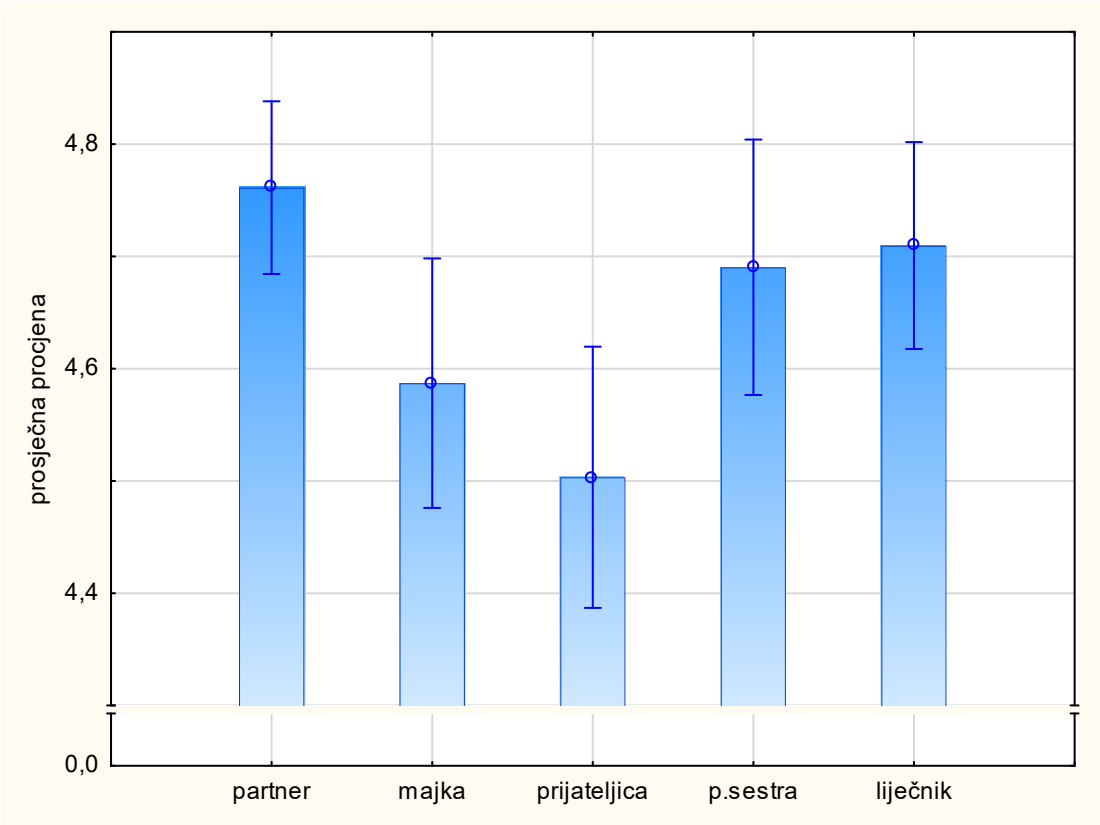
Na slici 8 prikazano je zadovoljstvo ispitanica pomoći, savjetima i podrškom za dojenje od strane zdravstvenih djelatnika za vrijeme trudnoće i dojenja. Pokazalo se da su ispitanice većinom vrlo zadovoljne i zadovoljne, ukupno njih 130 (gotovo 84%), dok ih mali broj navodi nezadovoljstvo, njih 4 (<3%).

Tablica 24. Stupanj podrške ispitanicama za dojenje

	Uopće me ne podržava (%)	**Ne podržava me (%)**	**Niti me podržava, niti ne podržava (%)**	**Podržava me (%)**	**Snažno me podržava (%)**
Suprug/partner	0 (0)	0 (0)	4 (2,6)	29 (18,7)	122 (78,7)
Majka	0 (0)	2 (1,3)	13 (8,4)	32 (20,6)	108 (69,7)
Prijateljica	0 (0)	2 (1,3)	16 (10,3)	39 (25,2)	98 (63,2)
Patronažna sestra	2 (1,3)	1 (0,6)	7 (4,5)	21 (13,5)	123 (79,3)
Pedijatar/LOM	0 (0)	1 (0,6)	7 (4,5)	28 (18,1)	119 (76,8)

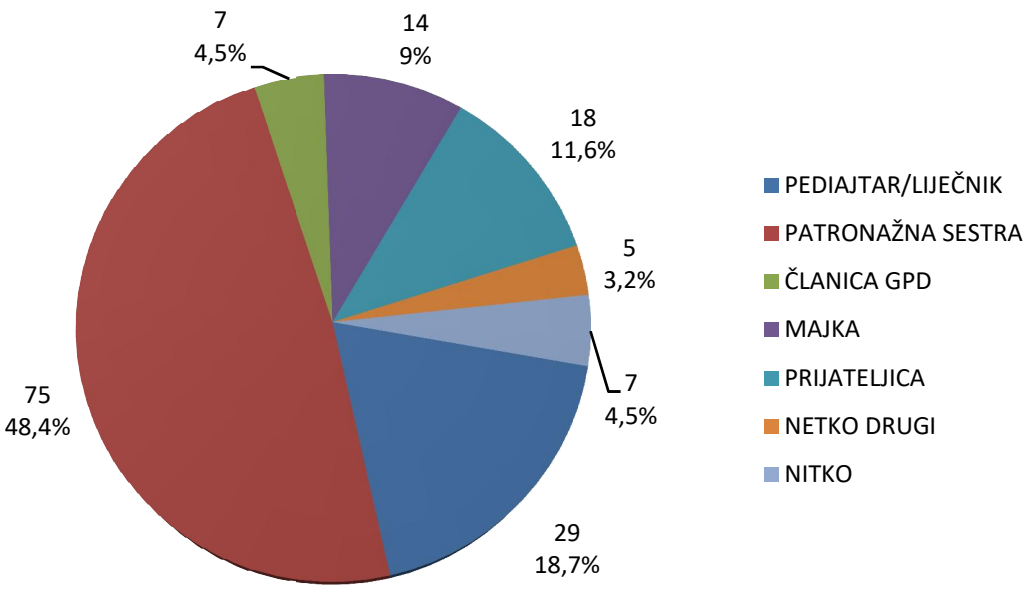
U tablici 24 prikazan je stupanj podrške ispitanicama za dojenje. Pokazalo se da sve značajne osobe iz socijalnog kruga, kao i zdravstveni djelatnici pružaju vrlo visoku podršku dojenju, gdje je više od 85% odgovora u kategoriji „podržava me“ i „snažno me podržava“.

Ipak, kako bi se vidjele eventualne razlike u prosječnim procjenama podrške od strane različitih značajnih osoba iz okoline ispitanica, izrađena je jednosmjerna analiza varijance. Rezultati ove analize pokazali postojanje statistički značajne razlike u procjeni snage podrške ($F=6.33$, $df=4/141$, $p<0.01$), a prikazani su na slici 9.



Slika 9. Prosječna procjena podrške dojenju

Iako su sve prosječne procjene relativno visoke, najveću podršku pružaju partner/suprug, a najmanju prijateljice.

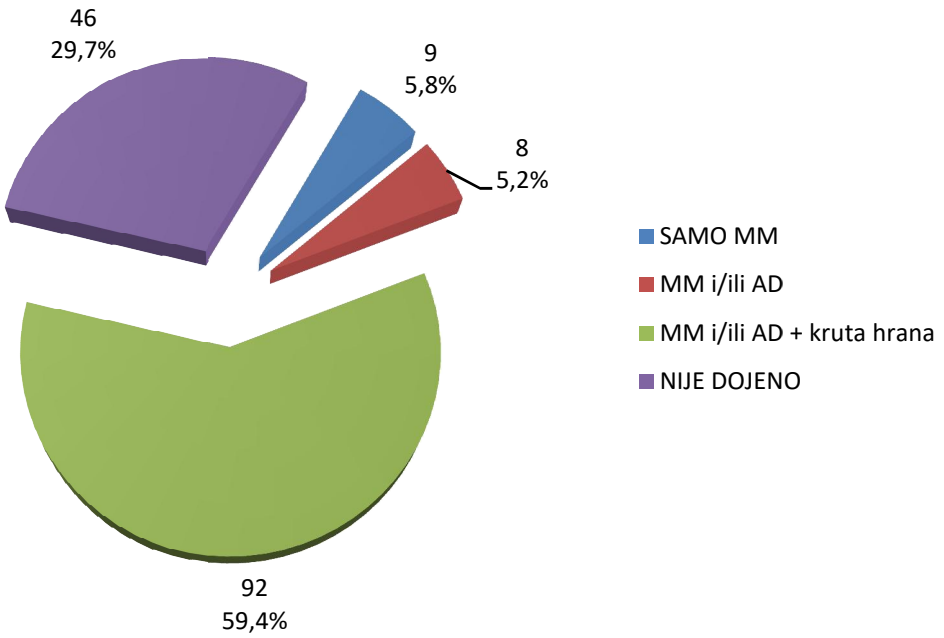


Slika 10. Pružanje savjeta u slučaju poteškoća prilikom dojenja

Na slici 10 prikazano je tko savjetuje ispitanice u slučaju poteškoća tijekom dojenja. Ispitanice najčešće za savjet pitaju patronažnu sestru i liječnika, njih 104 (67%).

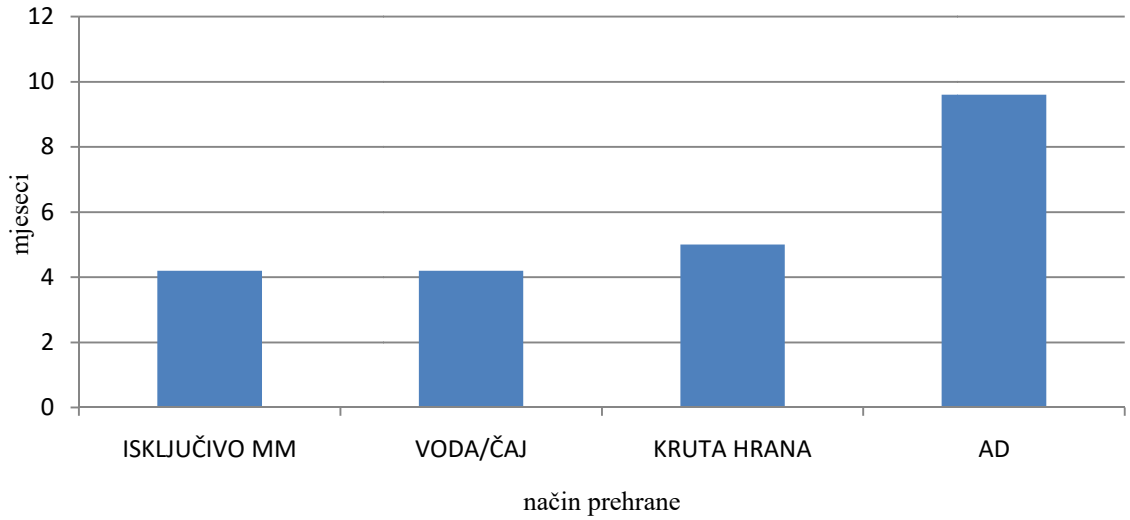
Kako je ispitanicama ponuđena mogućnost slobodnog navođenja teškoća pri dojenju, najčešće su navodile ragade dojki, zastojna dojka i mastitis. Jedna ispitanica je navela apsces dojke, zatim ravne i/ili uvučene bradavice te kako dijete ne zna/ne želi dojiti.

U istraživanju su sudjelovale majke čija su djeca u vrijeme istraživanja bila u dobi između četiri i 18 mjeseci života, prosječne dobi 298 dana, odnosno 9,9 mjeseci, s time da je namlađe dijete imalo 120 dana, a najstarije 570 dana.



Slika 11. Prikaz trenutne prehrane dojenčadi

Iz slike 11 vidi se da uz dojenje, najznačajniji postotak ispitanica, njih 92 (59,4%) navodi i hranjenje krutom hranom što je povezano s dobi djeteta u vrijeme provođenja istraživanja.



Slika 12. Prosječna duljina isključivog dojenja te vrijeme uvođenja vode/čaja, krute hrane i adaptiranog mlijeka

Na slici 12 je prikaz prosječne duljine isključivog dojenja dojenčadi te vrijeme uvođenja vode/čaja , krute hrane i adaptiranog mlijeka u prehranu dojenčadi. Prosječna duljina isključivog dojenja iznosila je 4,2 mjeseca, kada se počelo uvoditi vodu/čaj. S pet mjeseci

života započinje se uvoditi krutu hranu, dok uvođenje adaptiranog mlijeka počinje u prosjeku s oko 9,6 mjeseci djetetovog života.

Od 155 ispitanice, njih 74 u trenutku ispunjavanja upitnika nije više dojilo te je najveći broj njih 25 (33,3%) kao najčešći razlog prestanka dojenja naveo „mislim da nisam imala dovoljno mlijeka“.

5. RASPRAVA

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), United Nations Children's Emergency Found (UNICEF) i brojna medicinska stručna udruženja ističu dojenje kao najbolji način prehrane novorođenčadi i dojenčadi koje omogućuje zdrav rast i razvoj djeteta (2). Dojenjem se ostvaruju brojni nutritivni, psihosocijalni, imunološki, praktični i ekonomski aspekti zdravlja djeteta i majke tako da "nije samo savršen način prehrane i sprječavanja mnogih bolesti kod djece, nego i put prema stabilnom emocionalnom i kognitivnom razvoju djece" (1). Prema definiciji SZO, isključivo dojenje je prehrana djeteta majčinim mlijekom tijekom prvih šest mjeseci života bez ikakvih drugih dodataka (osim vitamina, minerala, lijekova i oralnih rehidracijskih soli po potrebi), s nastavkom dojenja uz primjerenu dohranu djeteta do navršene druge godine života ili dulje. Stoga primjena bilo kakve druge vrste hrane i pića osim majčinog mlijeka tijekom prvih šest mjeseci života djeteta nije preporučljiva (3). Potaknuti tom činjenicom, SZO i UNICEF su pokrenule brojne aktivnosti u svrhu zaštite, promicanja i potpore dojenju te to postaje javno zdravstveni prioritet mnogih razvijenih zemalja. Tome se pridružila i Republika Hrvatska.

Kako bi svi formirani programi, inicijative, strategije u cilju promicanja dojenja bili uspješni i zaživjeli u populaciji, moraju se poznavati čimbenici koji utječu na dojenje. Brojni svjetski radovi su se bavili definiranjem tih čimbenika. Naročito se ističe istraživanje Thuliera i Mercera iz 2009. godine koji su sistematizirali dotadašnja istraživanja. Oni su podijelili čimbenike dojenja u četiri kategorije: demografske, biološke, psihološke i socijalne te prikazali njihov utjecaj (29). "Demografski čimbenici su dob majke, stupanj obrazovanja, socioekonomski status, bračni status i zaposlenost majke te pohađanje tečaja antenatalne edukacije. U biološke čimbenike pripadaju paritet, način poroda, zdravstveno stanje djeteta, majčino prethodno iskustvo u dojenju, navika pušenja cigareta, pretilost majke, fizičke poteškoće dojenja. Socijalni čimbenici koji utječu na dojenje su čimbenici koji se odnose na postupke unutar zdravstvenog sustava (promicanje dojenja u rodilištima, promotivni paketi za rodilje i sl.), radni status majke, podrška bliske okoline majci kao i podrška zdravstvenih djelatnika, a psihološki čimbenici obuhvaćaju stavove majki, donošenje odluke o dojenju, namjeravano trajanje dojenja i potpora majci u postnatalnom razdoblju te samopouzdanje u sposobnost dojenja" (29).

Cilj našeg istraživanja bio je istražiti utjecaj nekih sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i duljinu trajanja dojenja kod majki u Zadarskoj županiji. U istraživanju

putem anketnog upitnika sudjelovalo je 155 ispitanica, majki prosječne dobi od 31 godine, udane, stalno zaposlene, dobrog ekonomskog statusa koje žive u obiteljima od tri do pet članova. Većina ispitanica imala je srednjoškolsko obrazovanje, a trećina njih visokoškolsko. Samo jedna ispitanica imala je završenu samo osnovnu školu. Obrazovni status njihovih partnera bio je vrlo sličan s tim da je među ispitanicama u odnosu na njihove partnere, ipak bilo više onih s visokom stručnom spremom.

Ispitujući utjecaj obrazovnog statusa kod naših ispitanica na odluku o dojenju i duljinu trajanja dojenja, pokazalo se da obrazovni status nije statistički značajna determinanta za odluku o dojenju i duljini trajanja dojenja, ali je na granici statistički dogovorene značajnosti te da postoji jasna tendencija da žene s visokim stupnjem obrazovanja doje dulje u odnosu na one sa nižim stupnjem obrazovanja. Sličan rezultat su pokazali Thulier i Mercer 2009. godine gdje su pokazali da je viši stupanj obrazovanja značajna determinanta učestalosti i duljini trajanja dojenja (29). Istraživanje Berović N. provedeno u Republici Hrvatskoj 2003. godine, također je pokazalo da majke koje imaju viši stupanj obrazovanja dulje doje (37), kao i dva talijanska istraživanja autora Lauria, Spinelli i Grandolfo objavljeno 2016. godine te autora Colombo, Crippa i suradnika objavljeno 2018. godine (38, 39).

Iako je naše istraživanje pokazalo da je većina ispitanica dobrog ekonomskog statusa, dobiveni rezultati nisu dokazali postojanje statistički značajne razlike u duljini trajanja dojenja s obzirom na ekonomski status ispitanica. Time nije potvrđeno očekivanje da ekonomski status ispitanica utječe na duljinu trajanja dojenja. Isti zaključak donijelo je i domaće istraživanje Berović N. da visina prihoda ne utječe na duljinu dojenja (37). Nasuprot tome, istraživanje Coulibaly i suradnika u Quebecu pokazalo je da majke nižeg socioekonomskog statusa rjeđe doje i da je duljina trajanja dojenja kraća (40). Thulier i Mercer pokazali su kako je viši socioekonomski status majki značajan prediktor duljine trajanja dojenja (29).

U našem istraživanju većina ispitanica je pohađala tečaj za trudnice te su i njih dojile njihove majke (oko 60%). Dobiveni rezultati nisu dokazali postojanje statistički značajne razlike u duljini trajanja dojenja s obzirom na prethodno pohađanje trudničkog tečaja Iako, Thulier i Mercer (29), Giuguliani i sur. (41) kao i Pavičić-Bošnjak (42) ističu antenatalnu edukaciju kao statistički značajnu determinantu duljine trajanja dojenja. Cohrane baza podataka na temelju 20 kontroliranih randomiziranih studija nasuprot tome, pokazuje kako trenutno nema dovoljno dokaza da pohađanje trudničkih tečajeva utječe na veći udio dojenja i dulje trajanje dojenja (43).

Od bioloških čimbenika dojenja, u našem istraživanju, ispitivali smo utjecaj konzumacije duhanskih proizvoda, konzumacije alkohola te paritet i prethodno iskustvo dojenja na odluku o dojenju te duljinu trajanja dojenja. Trećina ispitanica je pušilo cigarete prije trudnoće, prosječno oko 5-20 cigareta dnevno, a zatim su tijekom trudnoće/ dojenja ili u potpunosti prestale pušiti ili su smanjile broj cigareta. Niti jedna ispitanica nije nastavila pušiti cigarete tijekom trudnoće/dojenja u istom obimu. Rezultati su pokazali da pušenje cigareta ima statistički značajnu važnost za duljinu trajanja dojenja. Majke koje su pušile prije trudnoće značajno su kraće dojile djecu (3,5 mjeseci) od majki nepušačica (4,6 mjeseci). Dakle, pušenje se pokazalo kao značajan prediktor dojenja. Takvi rezultati su u skladu s istraživanjem Higgins i suradnika koji su pokazali kako prestanak pušenja povećava duljinu trajanja dojenja (44). Giglia i suradnici (2006), Donath i suradnici (2004) te Lauria i suradnici (2012) su u svojim istraživanjima također potvrdili da majke koje su pušile prije trudnoće imaju kraću duljinu trajanja dojenja (45,46,47). U našem istraživanju većina ispitanica nije konzumirala alkohol prije trudnoće te je vrlo mali broj ispitanica konzumiralo alkohol tijekom trudnoće/dojenja. Za procjenu duljine trajanja dojenja, konzumacija alkohola nije pokazala prediktivnu vrijednost te nije bilo značajnih razlika u prosječnoj duljini trajanja dojenja s obzirom jesu li su ispitanice konzumirale alkohol prije trudnoće ili nisu.

Rezultati našeg ispitivanja utjecaja prethodnog iskustva dojenja i pariteta na duljinu trajanja dojenja su pokazali da razlika u duljini dojenja između prvorotkinja i višerotkinja nije značajna. No, pokazalo se da ipak postoji evidentna tendencija značajnosti (na $p = 0,07$). To znači da višerotkinje ili ispitanice s prethodnim iskustvom dojenja, dulje doje u odnosu na prvorotkinje. S obzirom da postoji tendencija da višerotkinje dulje doje u odnosu na prvorotkinje, dokazano je postojanje statistički značajne razlike u duljini trajanja dojenja u odnosu na dob ispitanica te da duljina trajanja dojenja raste što je ispitanica starija. Naime, jasna je povezanost između paritieta i dobi. Istraživanje Lauria, Spinelli i Grandolfo pokazalo je da u Italiji majke višerotkinje češće isključivo doje djecu u dobi do 3 mjeseca (39). Slično su pokazali Thulier i Mercer (29), a istraživanje Berović kod hrvatskih žena također pokazuje kako starije majke dulje doje i značajno kasnije odbijaju dijete od dojke (37). Također, istraživanje Smith i suradnika pokazuje kako je dob majke značajna determinanta duljini trajanja dojenja (48).

Najveći broj naših ispitanica odluku za dojenje je donijelo prije trudnoće i namjeravalo je dojiti dulje od 12 mjeseci. Manji broj ispitanica nije bilo sigurno i nisu imale procjenu namjeravane duljine trajanja dojenja. Naši rezultati su pokazali da vrijeme donošenja odluke o

dojenju ne utječe na duljinu trajanja dojenja te nije statistički značajna determinanta koja utječe na duljinu dojenja. Suprotan rezultat pokazuje istraživanje Lawsona i Tullocha prema kojem ranija odluka o dojenju pridonosi duljini trajanja dojena (49).

Većina majki odluku o dojenju donosi tijekom antenatalnog razdoblja, pri čemu je značajan utjecaj obitelji, prijatelja i zdravstvenih stručnjaka. Prethodna istraživanja stavova o dojenju uglavnom su bila usmjerena na majke i trudnice, no posljednjih godina istraživanja su usmjerena i na očeve koji bi morali imati ključnu ulogu u podršci dojenju u obitelji (30). Tako je u našem istraživanju, trećina naših ispitanica odluku o dojenju donijela sama. Od osoba iz bliske okoline ispitanica, najveći utjecaj na odluku ispitanica za dojenje imale su njihove majke. Najmanji utjecaj na odluku o dojenju i duljini trajanja dojenja su imali zdravstveni djelatnici.

Kada je riječ o podršci dojenju, naše istraživanje je pokazalo da sve značajne osobe iz socijalnog kruga ispitanica, kao i zdravstveni djelatnici pružaju visoku potporu dojenju. No, ipak se pokazalo da postoji statistički značajna razlika u procjeni snage podrške. Najjaču podršku pruža partner/suprug, a najmanje prijateljice. Slične rezultate pokazalo je i istraživanje provedeno u Međimurskoj županiji 2001. godine (42). Velika većina naših ispitanica bilo je zadovoljno i vrlo zadovoljno podrškom zdravstvenih djelatnika te su se u slučaju poteškoća pri dojenju za savjet najčešće obraćale patronažnim sestrama i liječnicima. Najčešće poteškoće koje su navodile su ragade dojki, zastojna dojka i mastitis.

Naše ispitanice prosječno su isključivo dojile djecu 4,2 mjeseca, kada su počele s davanjem čaja i vode. S pet mjeseci života djeteta započinjale su s uvođenjem krute hrane, dok se s uvođenjem adaptiranog mlijeka započinjalo u prosjeku s oko 9,6 mjeseci djetetovog života. Najčešći razlog prestanka dojenja koje su navodile ispitanice, bio je ”gubitak mlijeka” ili majčino mišljenje „da nema dovoljno mlijeka“. Dakle, u našem istraživanju se pokazalo da ispitanice Zadarske županije isključivo doje kraće vrijeme, ranije uvode nadohranu i ranije prestaju s dojenjem, u odnosu na preporuke SZO. Naime, dokument “Globalna strategija o prehrani dojenčadi i male djece „ koju su još 2002. godine usvojili SZO i UNICEF , a prihvatila brojna pedijatrijska stručna društva, jasno preporuča i zalaže se za "prehranu isključivo majčinim mlijekom djece u prvih šest mjeseci života te nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu krutom hranom do druge godine života ili dok to majka i dijete žele" (14).

U našem istraživanju je na kraju upitnika ponuđeno ispitanicama mjesto na kojem su mogle ispisati svoje komentare, stavove i osobna iskustva vezana uz dojenje. Najviše ispitanica dojenje je doživjelo kao: “predivno iskustvo, najljepši osjećaj, blagodat za majku i dijete, nešto najbolje što majka može dati djetetu, osjećala sam toliku povezanost sa svojim djetetom, naša maženja i osmjehe da mi to sad nedostaje, najbolji osjećaj povezanosti s djetetom, sa doživljajem dojenja ništa se ne može usporediti, velika ljubav majke i djeteta”. No, neke ispitanice su dojenje doživjele i kao “bolno, vrlo naporno, početak može biti jako težak, iskustvo sa puno truda i muke”. Sveukupno, najviše ispitanica dojenje doživljava kao pozitivno iskustvo te ga preporuča drugim majkama: ”dojenje preporučam svim majkama, savjetujem da svaka majka treba dojiti dijete, svim majkama preporučam da budu uporne i ustraju u dojenju.

6. ZAKLJUČCI

1. Naše istraživanje je pokazalo da su ispitanice bile prosječne dobi od 31 godinu te da je većina ispitanica udana, stalno zaposlena, dobrog ekonomskog statusa te živi u obiteljima od tri do pet članova.
2. Većina ispitanica ima srednjoškolsko obrazovanje, a trećina njih visokoškolsko. Samo jedna ispitanica ima završenu samo osnovnu školu.
3. Obrazovni status partnera je vrlo sličan obrazovnom statusu ispitanica, s tim da je među ispitanicama u odnosu na njihove partnere, ipak više onih s visokom stručnom spremom.
4. Naše istraživanje je pokazalo da obrazovni status nije statistički značajna determinanta za odluku o dojenju i duljini trajanja dojenja, ali je na granici statistički dogovorene značajnosti (p=0,0547). Postoji jasna tendencija da žene s visokim stupnjem obrazovanja doje dulje u odnosu na one sa nižim stupnjem obrazovanja.
5. Naše istraživanje je pokazalo da je većina ispitanica dobrog ekonomskog statusa.
6. Dobiveni rezultati nisu pokazali da postoji statistički značajna razlika u duljini trajanja dojenja s obzirom na ekonomski status ispitanica. Time nije potvrđeno očekivanje da ekonomski status ispitanica utječe na duljinu trajanja dojenja.
7. Većina ispitanica je pohađalo tečaj za trudnice te su i same bile dojene.
8. Dobiveni rezultati nisu pokazali da postoji statistički značajna razlika u duljini trajanja dojenja djeteta s obzirom na prethodno pohađanje trudničkog tečaja.
9. Trećina ispitanica je pušilo cigarete prije trudnoće, prosječno oko 5-20 cigareta dnevno. Sve ispitanice koje su pušile prije trudnoće, su tijekom trudnoće/ dojenja ili u potpunosti prestale puštiti ili su smanjile broj cigareta. Niti jedna ispitanica nije nastavila pušiti cigarete tijekom trudnoće/dojenja u istom obimu.
10. Rezultati su pokazali da pušenje cigareta ima statistički značajnu važnost za duljinu trajanja dojenja. Majke koje su pušile prije trudnoće značajno su kraće dojile djecu (3,5 mjeseci) od majki nepušačica (4,6 mjeseci).
11. Većina ispitanica nije konzumiralo alkohol prije trudnoće. Vrlo mali broj ispitanica je konzumiralo alkohol tijekom trudnoće/dojenja.
12. Za procjenu duljine trajanja dojenja, konzumacija alkohola nije pokazala prediktivnu vrijednost te nije bilo značajnih razlika u prosječnoj duljini trajanja dojenja s obzirom jesu li ispitanice konzumirale alkohol prije trudnoće ili nisu.

13. Najveći broj ispitanica odluku za dojenje je donijelo prije trudnoće i namjeravalo je dojiti dulje od 12 mjeseci. Manji broj ispitanica nije bilo sigurno i nisu imale procjenu namjeravane duljine trajanja dojenja.
14. Rezultati su pokazali da vrijeme donošenja odluke o dojenju ne utječe na duljinu trajanja dojenja te nije statistički značajna determinanta koja utječe na duljinu trajanja dojenja.
15. Rezultati ispitivanja utjecaja prethodnog iskustva dojenja na duljinu trajanja dojenja su pokazali da razlika u duljini trajanja dojenja između prvorotkinja i višerotkinja nije značajna, ali postoji evidentna tendencija značajnosti (na $p = 0,07$). To znači da višerotkinje ili ispitanice s prethodnim iskustvom dojenja, dulje doje u odnosu na prvorotkinje.
16. S obzirom da postoji tendencija da višerotkinje dulje doje u odnosu na prvorotkinje, pokazalo da postoji statistički značajna razlika u duljini trajanja dojenja u odnosu na dob ispitanica te da duljina trajanja dojenja raste što je ispitanica starija.
17. Trećina ispitanica odluku o dojenju je donijela sama. Od osoba iz bliske okoline ispitanica, najveći utjecaj na odluku ispitanica za dojenje imale su majke, a najmanji utjecaj na odluku o dojenju i duljinu trajanja dojenja su imali zdravstveni djelatnici.
18. Kada je riječ o podršci dojenju, sve značajne osobe iz socijalnog kruga ispitanica, kao i zdravstveni djelatnici pružaju visoku potporu dojenju. No, ipak postoji statistički značajna razlika u procjeni snage podrške. Najveću podršku ipak pruža partner/suprug, a najmanje prijateljice.
19. Ispitanice su velikom većinom bile zadovoljne i vrlo zadovoljne podrškom zdravstvenih djelatnika, relativno mali broj (<3%) opisuju nezadovoljstvo.
20. U slučaju poteškoća pri dojenju, ispitanice za savjet su najčešće pitale patronažnu sestru i liječnika. Najčešće poteškoće koje su navodile su ragade dojki, zastojna dojka i mastitis.
21. Naše ispitanice prosječno su isključivo dojile djecu 4,2 mjeseca, kada su počele s davanjem čaja i vode. S pet mjeseci života djeteta započinje se s uvođenjem krute hrane, dok uvođenje adaptiranog mlijeka počinje s oko 9,6 mjeseci djetetovog života.
22. Najčešći razlog prestanka dojenja je gubitak mlijeka ili majčino mišljenje „da nema dovoljno mlijeka“.
23. Naše ispitanice su isključivo dojile kraće vrijeme, ranije uvodile nadohranu i ranije prestajale s dojenjem, u odnosu na preporuke SZO.

7. LITERATURA:

1. Dojenje dar životu, Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Zagreb 2007., ISBN 953-6900-25-0
2. Pavičić Bošnjak A. Program podrške dojenju u Jedinicama intenzivne neonatalne skrbi: koraci i izazovi. Paediatr Croat. 2018; 62(Supl 1): 66-72
3. WHO | Breastfeeding. WHO. World Health Organization; 2016; Avaliable from: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/
4. Dageville C, Casagrande F, De Smet S, Boutté P. The mother-infant encounter at birth must be protected. ArchPediatr. 2011; 18(9):994-1000
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, Horton S, Krasevec J, i sur. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. Lancet. 2016; 387:475-90
6. Batrick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010; 125(5):1048-56
7. Zakarija – Grković I. Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju. Split. 2014. Medicinski fakultet; Sveučilište u Splitu
8. Skitarelić N i sur. Zaštita zdravlja dojenčadi i predškolske djece,udžbenik Sveučilišta u Zadru. 2018; str 31-37.ISBN 978-953-331-186-9
9. Mardešić D i sur. Pedijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2016.
10. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. godine.
11. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni program za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. – 2020.
12. WHO(1981).International Code of marketing of Breast-Milk Substitutes. http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
13. UNICEF: Rodilišta prijatelji djece, Dostupno na: http://www.unicef.hr/programska_aktivnost/rodilista-prijatelji-djece/Inicijativa
14. WHO,UNICEF (2003).Global strategy for infant and young child feeding. http://apps.who.int/iris/bitsream/10665/42590/1/9241562218.pdf
15. Kolaček S, Barbarić I, Despot R. I sur. Preporuke za prehranu zdrave dojenčadi Hrvatskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu. PediatrCroat 2010;54:53-56

16. Kuvačić I, Plavec A. Fiziologija i patologija laktacije. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J, urednici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska Naklada; 2009. str. 220-224 .
17. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011. Dostupno na: http://www.surgeongeneral.gov.
18. Grgurić J. Results of breastfeeding promotion in the Republic of Croatia. Dijete i društvo. 2000;2(1):51–5
19. Zakarija-Grković I. Utjecaj izobrazbe zdravstvenih djelatnika rodilišta na dojenje. Doktorska disertacija. Split,2012;107
20. Pavičić Bošnjak A, Batinica M, Hegeduš-Jungvirth M, Grgurić J, Božikov J. The effect of baby friendly hospital initiative and postnatal support on breastfeeding rates – Croatian experience. CollAntropol. Hrvatsko antropološko društvo; 2004;28(1):235–43.
21. Grgurić J, Zakarija-Grković I, Pavičić-Bošnjak A, Stanojević M. A Multifaceted approach to revitalizing the baby-friendly hospital initiative in Croatia. J of Hum Lact.2016;1-6
22. Relton C, Strong M, Renfrew MJ, Thomas K, Burrows J, Whelan B. Cluster randomised controlled trial of a financial incentive for mothers to improve breastfeeding in areas with low breastfeeding rates: the NOSH study protocol. BMJ. 2016;6(4)
23. Pavičić-Bošnjak A. Povezanost osjećaja koherentnosti majki i isključivog dojenja. Doktorska disertacija. Split, 2012.
24. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis 2013. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.Dostupnona: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/12/Ljetopis_2013__.pdf
25. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis 2014. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/05/ljetopis_2014.pdf
26. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis 2015. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2015/

27. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis 2016. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016/
28. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis 2017. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2017-tablicni-podaci/
29. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J ObstetGynecolNeonatalNurs. 2009;38(3):259-68
30. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. J Hum Lact. 2011;27(2):115-21.
31. UNICEF. Grupe za potporu dojenja. Dostupno na: www.unicef.hr/programska_aktivnost/grupe-za-potporu-dojenja/
32. Hrvatska udruga grupa za potporu dojenja. Ciljevi i djelatnosti. Dostupno na: http://hugpd.hr/o-nama/ciljevi-i-djelatnosti/
33. Mojsović Z. Zdravstvena njega u patronaži. Zagreb,1998.
34. Jović M, Zakarija – Grković I. Osobine patronažnih sestara i utjecaj na praksu u svezi dojenja. Zbornik radova za medicinske sestre. Hrvatska proljetna pedijatrijaska škola. Split, 2016.
35. Stanojević M. Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima. Zagreb, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, UNICEF,2010.
36. Zadravec B. Uloga medicinske sestre u promociji i edukaciji o dojenju. Završni rad. Sveučilište Sjever 2015.
37. Berović N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: Questionnaire study. Croatian Medical Journal 2003; 44(5):596-600
38. Colombo L, Crippa BL, Consonni D: i sur. Breastfeeding determinants ih healthy term newborns. Nutriens 2018;10:48
39. Lauria L, Spinelli A, Grandolfo M. Prevalence of breastfeeding in Italy: a population based follow – up study. Ann Ist Super Santia 2016;vol. 52, No 3: 457 – 461
40. Coulibaly R, Seguin L, Zunzunegui MV, Gauvin L. Links between maternal breastfeeding duration and Quebec infants´ health: a population – based study. Are the effects different for poor children?. Matern Child Health J. 2006;10(6):537 – 43

41. Giugliani ERJ, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effec to fbreastfeeding support from different sources on mothers'decisions to breastfeed. Journal of Human Lactation 1994;10:157-161
42. Pavičić – Bošnjak A. Maternal characteristics influencing the duration of breastfeeding support group. Paediatr Croat; 2007;51:89-95
43. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cohrane systematic review. 2016;
44. Higgins TM, B. A., Stephen T, i sur. Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration. Nicotine & Tobaco Research. 2010;12 (5):483-488
45. Giglia R, Binns CW, Alfonso H. Maternal cigarette smoking and breastfeeding duration. Acta Paediatr. 2006; Nov;95(11)1374-4
46. Donath SM, Amir LH, ALSPAC Study Team. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. Acta Paediatr. 2004; Nov;93(11)1514-8
47. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking behaviour before, during and after pregnancy: the effect of breastfeeding. The scientific World Journal. 2012; 154910
48. Smith HA, Hourihane O´B, Kenny LC, Kiely M, Murray DM, Leahy-Warren P. Early life factors assosiated with the exclusivity and duration of breastfeeding in an Irish birth cohort study. Midwifery. 2015;Sep 31(9):904-11
49. Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. J Adv Nurs 1995;Nov;22(5):841-9

8. PRILOG

UPITNIK O DOJENJU

Poštovani,

ovaj upitnik dio je istraživanja koje se provodi za potrebe izrade diplomskog rada pod nazivom „Utjecaj sociodemografskih i psihbioloških karakteristika na dojenje i trajanje dojenja kod majki u Zadarskoj županiji“. Kako bi planirano istaraživanje bilo uspješno, potrebna je Vaša pomoć i suradnja. Molim Vas odvojite dio svog vremena te pažljivo pročitajte upitnik i odgovorite na postavljena pitanja. Upitnik je anoniman, a prikupljene informacije objavljivati će se samo u obliku rezultata istraživanja.

I.A. DEMOGRAFSKI PODACI

1. Koliko imate godina? _____

2. Koji je najviši stupanj Vašeg obrazovanja? Završili ste:

1. Osnovnu školu
2. Srednju školu
3. Višu školu
4. Fakultet i više
5. Ostalo (molim navedite): _____

3. Koje je Vaše zanimanje?

1. manager/voditeljica poslovanja
2. službenica/namještenica
3. radnica
4. kućanica
5. umirovljenica
6. studentica
7. poljoprivrednica
8. ostalo (molim navedite): _____

4. Vaš status zaposlenosti prije rođenja ovog djeteta:

1. zaposlena puno radno vrijeme
2. zaposlena skraćeno radno vrijeme
3. povremeno zaposlena
4. nezaposlena

5. Vaše bračno stanje:

1. udana
2. neudana
3. razvedena/udovica

6. Koji je najviši stupanj obrazovanja Vašeg supruga/partnera? Završio je:

1. Osnovnu školu
2. Srednju školu
3. Višu školu
4. Fakultet i više
5. Ostalo (molim navedite): _____

7. Koliko članova obitelji živi u Vašem kućanstvu? (uključujući Vas i ostale odrasle osobe i djecu)

_____ članova obitelji

8. Ukupni mjesečni prihodi Vašeg kućanstva tijekom prethodnog mjeseca (neto prihodi):

1. ≤ 5000 kn
2. 5000 – 10 000 kn
3. 10 000 i više

9. Koliko djece imate? _____

10. Kad ste odlučili da ćete dojiti ovo dijete?

1. Prije ove trudnoće
2. U ranoj trudnoći (tj. tijekom prvog ili drugog tromjesječja trudnoće)
3. U kasnoj trudnoći (tj. tijekom trećeg tromjesečja trudnoće)
4. U vrijeme porođaja ili neposredno nakon porođaja

11. Koliko ste dugo namjeravali dojiti ovo dijete?

1. Kraće od 3 mjeseca
2. 3 – 6 mjeseci
3. 7 – 11 mjeseci
4. 12 mjeseci i više
5. Ne znam/nisam sigurna

12. Tko je utjecao na Vašu odluku da dojite ovo dijete?

Molim odredite značaj pojedincima i izvorima koji su **najsnažnije utjecali** na Vašu odluku o dojenju. Molim odaberite **samo tri odgovora** (osobe ili izvora) te učinite rangiranje ili stupnjevanje njihova utjecaja tko što ćete upisati broj 1 uz osobu ili izvor koja je na Vašu odluku najviše utjecala, broj 2 uz osobu ili izvor s manje značajnim utjecajem i broj 3 za osobu ili izvor s namjanje značajnim utjecajem.

_____patronažna sestra

_____liječnik (ginekolog, pedijatar, liječnik obiteljske medicine)

_____suprug/ partner

_____majka

_____svekrva

_____prijateljica/e

_____časopisi, knjige

_____internet

_____ostalo (molim navedite tko ili što je utjecalo na Vašu odluku):____

13. Jeste li Vi bili dojeni?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

14. Jeste li ikada pohađali trudnički tečaj?

1. Da
2. Ne

15. jeste li pohađali trudnički tečaj tijekom ove trudnoće?

1. Da
2. Ne

16. Jeste li pušili prije ove trudnoće?

1. Ne
2. Da, pušila sam _____cigareta dnevno (molim upišite broj cigareta dnevno)

17. Ako ste prije ove trudnoće pušili, kako ste se ponašali u vezi s navikom pušenja tijekom trudnoće?

1. Prestali ste pušiti cigarete u potpunosti
2. Pušili ste manji broj cigareta dnevno nego prije trudnoće
3. Pušili ste jednak ili veći broj cigareta dnevno nego prije trudnoće

18. Ako ste prije ove trudnoće pušili, kako ste se ponašali u vezi s navikom pušenja tijekom dojenja ovog djeteta?

1. Prestali ste pušiti cigarete u potpunosti
2. Pušiliste manji broj cigareta dnevno nego prije trudnoće
3. Pušili ste jednak ili veći broj cigareta dnevno nego prije trudnoće

19. Jeste li pili alkohol..

a) prije ove trudnoće?	1. Da	2. Ne
b) tijekom ove trudnoće?	1. Da	2. Ne
c) tijekom dojenja?	1. Da	2. Ne

20. Jeste li dojili prethodno dijete/djecu? (*pitanje samo za majke višerotkinje*)

1. Da

2. Ne

21. Koliko ste dugo dojili Vaše prethodno dijete/djecu? (*pitanje samo za majke višerotkinje*)

Molim za svako dijete upišite trajanje dojenja u tjednima ili mjesecima (npr. 2 tjedna, 4 mjeseca i 3 tjedna)

_____(1. starije dijete)

_____(2. starije dijete)

_____(3. starije dijete

I.B. PODRŠKA DOJENJU

22. Jeste li zadovoljni s pomoći, savjetima i podrškom za dojenje koje su Vam pružali zdravstveni djelatnici (primalje, medicinske sestre, liječnici) za vrijeme boravka u rodilištu sa sadašnjim djetetom? Molim zaokružite jedan odgovor.

1. vrlo sam zadovoljna

2. zadovoljna sam

3. nisam niti zadovoljna, niti nezadovoljna

4. nisam zadovoljna

5. uopće nisam zadovoljna

Pitanja 23-27. **Molim procijenite stupanj podrške za dojenje koju su Vam pružali pojedinci tijekom dojenja ovog djeteta.** Molim zaokružite samo jedan odgovor (jednu brojku od 1 do 5) za svaku navedenu osobu, pri čemu je značenje brojeva sljedeće:

1 – uopće me ne podržava

2 – ne podržava me

3 – niti me podržava, niti me ne podržava

4 - podržava me

5 – snažno me podržava

23. **Suprug/partner**	1	2	3	4	5
24. **Majka**	1	2	3	4	5
25. **Prijateljica**	1	2	3	4	5
26. **Patronažna sestra**	1	2	3	4	5
27. **Pedijatar/liječnik obiteljske med.**	1	2	3	4	5

28. Ako ste imali teškoće pri dojenju, koga ste pitali za savjet?

1. Pedijatar/liječnik obiteljske medicine
2. Patronažna sestra
3. Članicu grupe za potporu dojenja
4. Majku
5. Prijateljicu
6. Nekog drugog (molim navedite koga): ___
7. Nikoga

29. Ako ste imali teškoće pri dojenju sa sadašnjim djetetom, molim navedite koje su to. (Možete navesti više od jednog odgovora)

_____

_____

_____

I.C. PODACI O DOJENJU

30. Koja je dob Vašeg djeteta?

Molim upišite navršeni mjesec i dane, npr. 4 mjeseca i 10 dana.

_____mjeseci

31. Kako se trenutno hrani Vaše dijete?

Molim zaokružite samo jedan odgovor.

1. Samo majčino mlijeko (bez druge tekućine, druge vrste mlijeka i druge hrane)
2. Majčino mlijeko + dojenačka formula/druga vrsta mlijeka (bez krute hrane)
3. Majčino mlijeko + kruta hrana (bez ili sa dodatkom druge vrste mlijeka)
4. Nije dojeno

32. **Koliko dugo ste isključivo dojili Vaše dijete?** (tj. dijete je hranjeno samo majčinim mlijekom bez dodatka vode, čaja, voćnih sokova, druge vrste mlijeka i polukrute ili krute hrane)

1.____(navedite navršene mjesece i/ili tjedne i dane)

2. Još uvijek ga isključivo dojim

33. U kojoj dobi ste djetetu počeli davati vodu ili čaj?

_____(navedite navršene mjesece i /ili tjedne i dane)

34. U kojoj ste dobi djetetu počeli davati krutu hranu (npr. voćne kašice, povrće i sl.)**?**

_____(navedite navršene mjesece i/ili tjedne i dane)

35. U kojoj ste dobi djetetu uveli u prehranu po prvi puta dojenačku formulu?

1. ____(navedite navršene mjesece i/ili tjedne i dane)

2. Nije do sada primao dojenačku formulu, niti drugu vrstu mlijeka

Pitanja za majke koje su prestale s dojenjem djeteta

36. Kolika je bila dob Vaše djeteta kad ste ga prestali dojiti?

_____(navedite navršene mjesece i/ili tjedne i dane)

37. Koji je bio najvažniji razlog za prestanak dojenja?

1. Bolne i oštećene bradavice
2. Upala dojke (mastitis)
3. Ravne ili uvučene bradavice
4. Mislim da nisam imala dovoljno mlijeka
5. Dijete je slabo napredovalo na težini
6. Dijete je imalo dojenačke kolike
7. Bila sam umorna i iscrpljena
8. Povratak na posao
9. Bolest majke i/ili uzimanje lijekova
10. Nedostatna pomoć i podrška dojenju
11. Ne znam
12. Ostalo (navedite što): _____

38. Ovo je mjesto predviđeno za Vaš komentar ili bilo što što želite dodati u vezi Vašeg iskustva dojenja.

_____

_____

_____

Hvala Vam za Vaše sudjelovanje.

9. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Stivena Markulin

Adresa: Eugena Kumičića 17, 23000 Zadar

E-mail: stivena.markulin@gmail.com

Radno iskustvo

rujan 2013- listopad 2018.	Dom zdravlja Zadarske županije
studeni 2008.- studeni 2010.	Zavod za javno zdravstvo Zadarske županije

Školovanje

2016.- 2018 .	Sveučilište u Zadru	Diplomski studij sestrinstva
2003.-2007.	Zdravstveno veleučilište	Studij sestrinstva
1999.-2003.	Medicinska škola Varaždin	Smjer: medicinska sestra

Dodatno obrazovanje

Tečaj hrvatskog znakovnog jezika

Tečaj „Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju" (edukacija za IBCLC savjetnicu)

Program za stjecanje nastavničkih kompetencija (Sveučilište u Zadru)

Dodatne informacije Udana sam, majka četvero djece

Volontiram u Udruzi za obitelj i roditeljstvo Izvor

Zamjenica predsjednika podružnice HKMS